This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

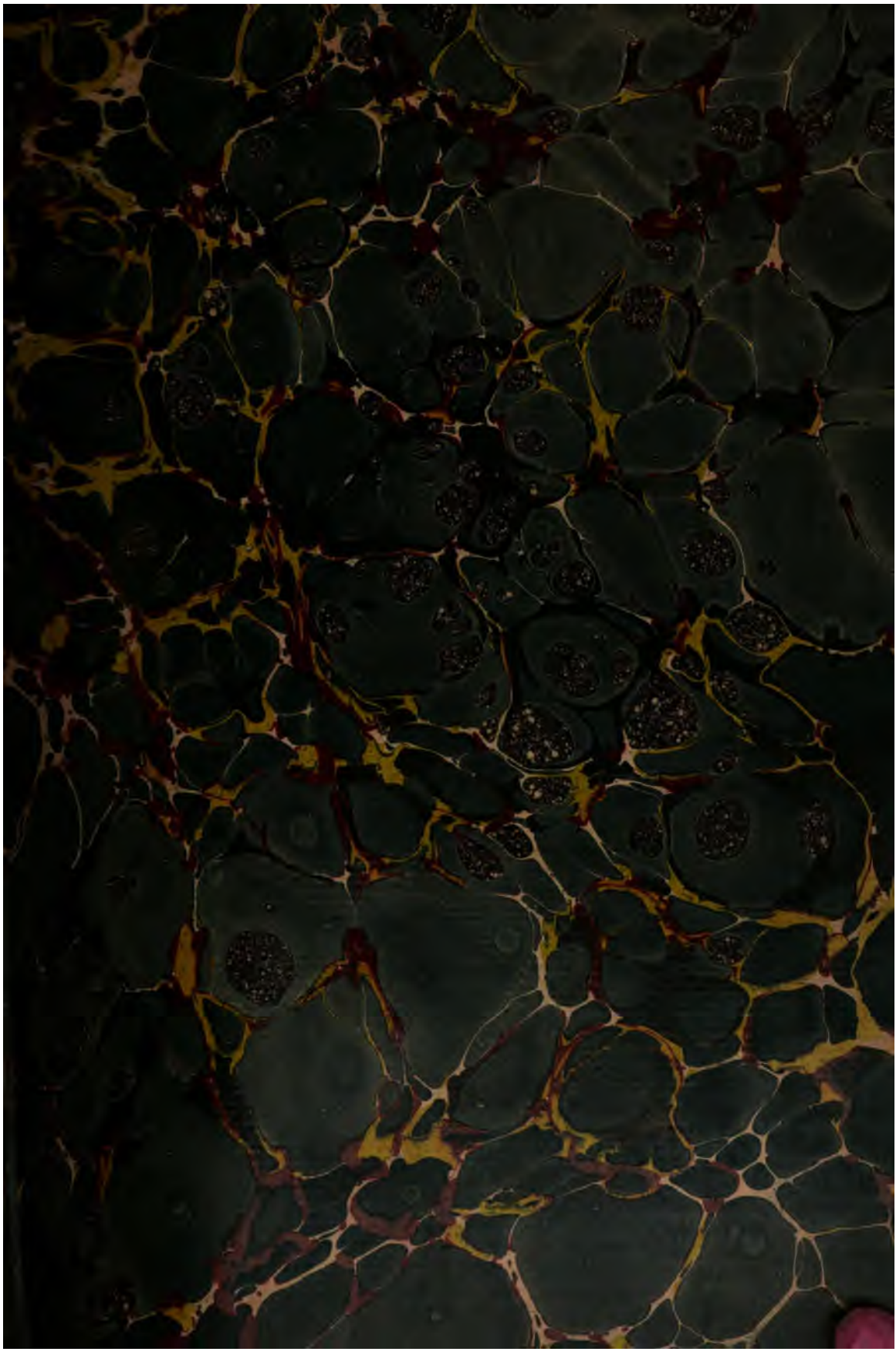
Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

No.

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.



MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

REDIGIERT VON

P. G. UNNA

IN HAMBURG.

ZWÖLFTER BAND.

1891.

JANUAR BIS JUNI.

MIT SIEBEN TAFELN.

HAMBURG UND LEIPZIG,

VERLAG VON LEOPOLD VOSS.

1891.

BOSTON MEDICAL
JUN 5 1897
LIBRARY.

1680

CATALOGUED
JUN 5 1897
E. H. B.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Seite

Zur Frage der Gonorrhoe der paraurethralen und präputialen Gänge, von Joh. Fabry. (Mit Abbildungen auf Tafel I.) 1
Über die Dariersche Dermatose, an der Hand eines selbst beobachteten Falles, von F. Buzzi und F. Miethke. (Mit Abbildungen auf Tafel I.) 9. 59
Xanthoma diabeticorum und seine Verwandtschaft mit gewöhnlichem Xanthom, von A. R. Robinson 25
Über Ichthyolfirnisse, von P. G. Unna 49
Über Lippenfrost, von P. Taenzer 56
Zur Anatomie der Epheliden, Lentigines und Naevi pigmentosi, von Moritz Cohn. (Mit Tafel II.) 119
Bemerkungen über einige Keratosen der Handteller und Fußsohlen, von H. G. Brooke 167
Kurze Notiz über die Behandlung des Ulcus rodens mit dem Unnaschen Resorcinpflastermull, von C. Boeck 173
Bemerkungen zur vorhergehenden Notiz über Ulcus rodens, von P. G. Unna ... 174
Über Tätowierungen der Prostituierten, von R. Bergh. (Mit Tafel III./IV.) ... 205
Über die Disposition zum Erröten als eine Ursache krankhafter Veränderungen, von J. Hutchinson 218
Behandlung der Hauttuberkulose, besonders des Lupus, mit Kochschen Einspritzungen im Hospital St. Louis, von L. Wickham 224
Flora dermatologica VIII. (Mit Tafel V.), von P. G. Unna 249
Favus, von L. Frank 254
Eine neue Färbungsmethode der Rhinosklerombazillen, von V. Mibelli 293
Über Plasmazellen, insbesondere beim Lupus, von P. G. Unna 296
Vorlesungen über Lupus, von H. Leloir 317. 450. 519
Die Prostitutionsfrage, von F. A. Rietema 329. 376. 425
Über die Verwendung des Tuberkulins bei der Lupusbehandlung und einige neue Mittel gegen Lupus, von P. G. Unna 341
Die Syphilis bei den alten Babyloniern und Assyriern, von J. K. Proksch 389
Notiz betreffend die Taenzersche Orceinfärbung des elastischen Gewebes, von P. G. Unna 394
Über die Entstehung der Atheromcysten (Epidermoide Franke) nebst einigen Bemerkungen über Follikularcysten und Doppelkomedonen, von L. Török 437. 482
Extragenitale Syphilisinfektion mit Rücksicht auf die ungarischen Verhältnisse, von S. Róna 459
Eine neue Färbungsmethode für Lepra- und Tuberkelbazillen, von P. G. Unna.
Die Behandlung der Urethritis posterior resp. totalis mittels Irrigators ohne Katheter, von S. Róna 492
Ein Fall von Striae et Maculae atrophicae nach Typhus abdominalis, von A. H. Ohmann-Dumesnil 509
Heilung eines Falles von Kankroid der Wange durch Pyoktanin, von D. von Sehlen 515

Versammlungen.

Seite

New-York Dermatological Society 71
Russisch syphilido-dermatologische Gesellschaft in St. Petersburg 72. 266
Gesellschaft der Ärzte in Kiew 73
Ärztlicher Verein zu Hamburg 74
Dermatologische Vereinigung zu Berlin, Sitzung vom 2. Dezember 1890 177
" " " " " " 6. Januar 1891 181
" " " " " " 3. März 1891 397
IV. Kongreſs russischer Ärzte zum Andenken Pirogoffs in Moskau 324. 473
64. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Halle (Einladung) 238
X. Kongreſs für innere Medizin zu Wiesbaden 239
Société de Dermatologie et de Syphiligraphie de Paris 475

Besprechungen.

Die Behandlung der Hautkrankheiten mit einem Abriſs der Symptomatologie, Diagnose und Ätiologie, von L. Brocq 38. 144. 403
Bericht des Vestre-Hospitals in Kopenhagen für 1889, von R. Bergh 76
Gesundheitspflege im Mittelalter, von L. Kotelmann 184
Internationale Übersicht der Bibliographie, von J. Rouvier 186
Vorlesungen über experimentelle Pharmakologie und klinische Therapie, von M. Semmola 228
Klinisch-experimentelle Studien über chirurgische Infektionskrankheiten, von J. Fessler 229
Die Hautkrankheiten, von P. J. Eichhoff 230
Bericht über das 1. Triennium der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis der städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld, von P. J. Eichhoff 236
Bericht über die in den Jahren 1888/1889 in der dermat. Universitätsklinik und Poliklinik zu Berlin unter Leitung von Prof. Schweninger behandelten Kranken, von M. Neuburger 237
Beiträge zur Anatomie und Ätiologie einiger Hautkrankheiten, von du Mesnil. 278
Bericht über die sanitären Zustände der Station Leopoldsville, von Mense 286
Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten in Krankenkassen und Heilanstalten, von A. Blaschko 359
Jahresbericht der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis in der k. k. Krankenanstalt Rudolf-Stiftung für 1889, von Mraček 360
Der unvollständige Beischlaf und seine Folgen beim männlichen Geschlecht, von A. Peyer 407
Lupus vulgaris speziell vom Standpunkte der Ätiologie, Pathogenie und Therapie, von D. Dubois-Havenith 544

Mitteilungen aus der Litteratur.

I. Allgemeines.

a. Anatomisches.

Zur Eleïdinfrage, von F. Winkler und H. Schrötter 280
Beiträge zur Anatomie und Physiologie der Oberhaut, von J. Loewy 415
Die Durchsichtigkeit der menschlichen Haut, von J. Gastreich 495

b. Physiologisches.

Veränderung der Follikel nach einer Depilation und über die Art und Weise der Haarneubildung, von Giovannini 186. 495

Seite

Über das Vorkommen des Lanolins im menschlichen Organismus, von O. Liebreich 408
Über die Funktionen der Haut, von D. Sarasohn 408
Über den Ort der Bildung des Hautpigmentes, von J. Caspary 409

c. Mikroskopische Technik.

Nachweis des Mucins in allen Geweben mittels der Färbemethode, von A. Hoyer 384

d. Bakteriologie.

Unsere heutige Kenntnis von den pathogenen Protozoën, von L. Pfeiffer 360

e. Hygiene.

Über die Mängel der zur Zeit üblichen Prostituiertenuntersuchung, von A. Neisser 165
Die Prostitutionsfrage vor dem Stadtrat von Paris, von H. Feulard 238
Die Prostitutionsfrage, von F. A. Rietema 329. 376. 425
Die Prostitution vor der Wissenschaft und den Thatsachen, von Möller 475

f. Allgemeine Pathologie und Therapie.

Aristol bei Hautkrankheiten, von Gaudin 41
Das Ichthyol bei Hautkrankheiten, von H. von Hebra 41
Über die Pathogenie der Hautveränderung bei einigen vasomotorischen Dermatosen, von L. Jacquet 77
Über die Entstehung des Narbengewebes, das Schicksal der Leukocyten und die Rolle der Bindegewebskörperchen, von Ch. S. Sherrington 78
Über Aristol, von A. Pollak 149
Über einige seltenere Zungenkrankheiten, von P. Michelson 149
Über Anwendung des Menthols bei pruriginösen Hautkrankheiten, von Dubreuilh und Archambault 150
Hautveränderungen bei der Syringomyelitis, von G. Thibierge 150
Die Bakterienproteïne und deren Beziehung zur Entzündung und Eiterung, von H. Buchner 187
Über eiterungserregende Stoffe in der Bakterienzelle, von H. Buchner 187
Über die Behandlung verschiedener Hautkrankheiten mit dem Extr. aquos. Guaco, von Butte 188
Verhalten der Tuberkelbazillen an der Eingangspforte der Infektion, von Fr. Tangl 189
Bakteriologische Untersuchungen über das Methylviolett, von C. Lose 361
Über Heilwirkungen der Stoffwechselprodukte der Tuberkelbazillen, von Scholl 361
Über Bassorinpaste; eine neue Methode Hautkrankheiten zu behandeln, von G. T. Elliot 362
Über Pathogenese der Pigmentierungen und Entfärbungen der Haut, von M. Kaposi 410
Einwirkungen des Chrysarobins auf einige Fermente und auf gewisse Schizomyceten, von R. Campana 412
Über Ichthyol, von Müller 412
Über Epidermistransplantationen (nach Thiersch), von L. Hendrix 412
Zur Aristolfrage, von Weifsblum 413
Einige altkeltische Heilmittel, von H. S. Purdon 545
Die Hautausschläge bei Dengue und Influenza, von J. Rouvier 545

g. Pharmakologisches.

Über die Resorption von Jodkalium in Salbenform, von A. Peters 237
Zur Kenntnis des Lanolins, von P. G. Unna 363

h. Verschiedenes.

Beitrag zur Ätiologie und Pathogenie der schwarzen Haarzunge, von H. Walleraud 165
Anwendung der Elektrolyse zum Nachweis von Quecksilber in pathologischen Flüssigkeiten, von H. Cathelineau 165

Seite
Über die Bedeutung des Bleinachweises auf der Haut Bleikranker, von K. Miura 166
Fall von Akromegalie, von Gerhardt 166
Mehrfache Durchlöcherungen der Nasenscheidewand; Halbmondförmige Durchbohrung des Gaumensegels rechts; Verwachsung des rechten hinteren Pfeilers des Gaumensegels mit der hinteren Rachenwand, von Natier 202
Beitrag zur Kenntnis der Ausscheidungsdauer des Quecksilbers, von H. Stein .. 384
Klinischer Bericht über 410 dermo-syphilidologische Krankheitsfälle, von R. Stanziale 385
Über Sublimatintoxikation, von B. Heidgen 385
Resorcin gegen Leichengift, von J. Andeer 475
Quecksilber in den Quellen von St. Nectaire-Le-Haut (Puy de Dôme), von H. Chatelineau 475
Eine wenig bekannte Ursache der Stomatitis mercurialis, von L. Le Pileur ... 476
Jahresbericht des poliklinischen Instituts der k. k. deutschen Universität zu Prag 1889, von Winternitz 476

Korrespondenz.

Briefe aus Berlin, von Schweninger und Buzzi 108. 287
Briefe aus Paris, von L. Wickham 336. 464
Brief aus Wien über das Kochsche Heilmittel gegen Tuberkulose, von E. Schiff 385

II. System der Hautkrankheiten.

A. Angioneurosen.

I. Anaemien.

(Vacat.)

II. Cyanosen.

(Vacat.)

III. Oedeme.

Akutes Oedem der Haut, von Courtois-Suffit 42
Fall von Hutchinsonscher Varicellen-Prurigo, von H. Goldenberg 152
Über das hölzerne Oedem der Kinder, von Mircoli 496

IV. Erythantheme.

Hautausschlag beim Tripper, von L. Perrin 189
Erythem nach dem inneren Gebrauche, von Kalomel 189
Drei Fälle von Erythema exsudativum mit hohem Fieber, von Liszt u. Szöllösi 496

V. Blutungen.

Über einen auf der Haut und den Schleimhäuten lokalisierten und unter dem Bilde einer hämorrhagisch-pustulösen Dermatose verlaufenden Fall von Rheumexanthem, von Litten 151
Purpura haemorrhagica, von G. R. Lockwood 152
Über einen Blutbefund bei Purpura haemorrhagica, von Th. Spietschka 414

B. Entzündungen.

I. Traumatische.

a. Durch mechanische Einwirkung.

Seite

Die Behandlung der wunden Brustwarzen mit Goldschlägerhäutchen, von J. Blechmann 78

b. Durch Temperatureinwirkung.

(Vacat.)

c. Durch chemische Einwirkung.

α. Durch äufsere.

(Vacat.)

β. Durch innere.

Fall von Spontangangraen bei Diabetes mellitus, von Schütte 370
Die in den Jahren 1885—1890 in der Greifswalder chirurgischen Klinik vorgekommenen Fälle von Gangraena diabetica und Gangraena senilis, von Laschke 370

II. Neurotische.

a. Lokale.

Recidivierender Herpes zoster nach einem voraufgegangenen Trauma, von Bossion 79
Bakteriologische Untersuchungen über einige vesikulöse und bullöse Ausschläge, von Ed. Boinet..... 152
Beitrag zum Studium des Zoster gangraenosus hystericus, von A. Bayet 497
Beiträge zur Geschichte der Neurodermitis: Vom Lichen circumscriptus der früheren Autoren oder Lichen simplex chronicus E. Vidals, von Brocq u. Jacquet..... 497
Beiträge zur Ätiologie des Zoster traumaticus, von de Luca..... 498

b. Universelle.

Über eine unvollständige Varietät der Dermatitis herpetiformis, von L. Brocq.. 79
Über Pemphigus vulgaris malignus und Pemphigus gangraenosus, von A. Matschke 189

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Fall von Morbillen mit ungewöhnlichem Verlaufe, von S. Goldstein..... 79
Tertiärinfektion nach Croup, von S. Goldstein 80
Zur Identitätsfrage der Pocken und Varicellen, von C. Hochsinger..... 80
Vaccina generalisata mit tödlichem Ausgange, von E. Gaucher 498
Vaccinostyle, von Maréchal..... 498

b. Chronische Infektionskrankheiten.

α. Lepra.

Über Lepra, von B. Viotti 80
Journal of the Leprosy Investigation Comitee, von P. S. Abraham 82
Die chirurgischen Behandlungen von Komplikationen der Lepra, von S. B. Swift 82

Seite

Die Lepra in Hanoï, von E. Boinet ... 82
Wirkung des Kochschen Heilmittels bei Lepra, von E. Arning ... 101
Fall von Lepra, von M. Joseph ... 153
Beobachtungen und Versuche über die Ätiologie des Aussatzes, von B. Rake ... 230
Ein dem Leprabacillus ähnlicher Bacillus, der sich in Gewebskulturen von Lepra tuberculare entwickelte, von R. Campana ... 363
Behandlung der Lepra mit dem Kochschen Heilmittel, von Babes u. Kalindero 243
Lepra mit besonderer Berücksichtigung der Übertragung durch Heredität und Kontagion, von E. Arning ... 417
Wirkung des Tuberkulins auf Lepra, von J. Goldschmidt ... 499

β. *Tuberkulose.*

Leichentuberkel bei einem Schlachtergesellen, von J. Braquehaye ... 154
Über Tuberkulose der Nasenschleimhaut, von Fr. Hahn ... 190
Über sekundäre Impfung der Haut durch subkutane oder tiefgelegene tuberkulöse Herde, von L. Cronier ... 191
Über den Lupus der Extremitäten, von Fr. Hahn ... 281
Über primäre Tuberkulose der Nasenschleimhaut, von Beermann ... 363
Die Skrofulose, von P. le Gendre ... 363
Fall von Hauttuberkulose, von Ch. Achard ... 364
Skrofulöse Hautkrankheiten bei Kindern, von H. Gillet ... 364
Über Lupus der Extremitäten, von C. Reuter ... 417
Fall von Excision von Lupus des Gesichts mit unmittelbar darauffolgender Hauttransplantation, von G. R. Fowler ... 418
Wirkung der kantharidinsauren Salze bei Lupus, von E. Saalfeld ... 418
Über ein neues Heilmittel gegen Tuberkulose, von J. Pick ... 418
Lupus elephantiasticus, von Poncet ... 467
Lupus verrucosus am Handrücken, von B. Robinson ... 467

Über das Kochsche Heilmittel gegen Tuberkulose.

Mitteilungen des Oberstabsarztes Dr. Köhler ... 92
Histologisches über die Wirkung des Kochschen Heilmittels, von E. Kromayer 94
Mitteilungen von Prof. Henoch ... 97
Mitteilungen von Dr. Helferich ... 98
Wirkung des Kochschen Heilmittels bei Lepra und Lupus erythematodes, von Ed. Arning ... 101
Versuche, von Dr. Scheede ... 105
Mitteilungen, von Maes ... 106
2. Brief aus Berlin, von Schweninger und Buzzi ... 108
Fortsetzung der Mitteilungen über ein Heilmittel gegen Tuberkulose, von R. Koch ... 113. 245
Bericht über die bisherigen Erfolge der Lupusbehandlung nach der Kochschen Methode, von G. Thibierge ... 153
Behandlung mit Kochscher Lymphe vom dermatologischen Standpunkte aus beurteilt, von E. Schwimmer ... 240
Weitere Mitteilungen über Behandlung mit Kochschen Injektionen, von H. Schmidt ... 242
Bericht über 18 nach Koch behandelte Fälle, von Alsberg ... 243
Bericht über Anwendung des Kochschen Heilmittels, von Fr. von Esmarch ... 243
Behandlung von 5 Lupusfällen, von Rumpf ... 243
Behandlung der Lepra mit dem Kochschen Heilmittel, von Babes und Kalindero ... 243
Lepra, von Goldschmidt ... 244
Ulcus tuberculosum am Septum narium, von B. Baginsky ... 244
Morbus Addisonii nach Koch behandelt, von H. Lenhartz ... 245
Mitteilungen über das Kochsche Heilverfahren bei Tuberkulose, von L. Rydigier 248
Zur elektiven Wirkung des Kochschen Heilmittels, von F. J. Pick ... 248
Kochsche Behandlung des Lupus, von M. Kaposi ... 282
Bericht über 100 nach Koch behandelte chirurgische Fälle, von Bardenheuer 338
Über die Einwirkung des Kochschen Verfahrens auf Schleimhautlupus, von O. Brieger ... 338

Seite

Mikroskopische Befunde bei Tuberkulose der Haut und der sichtbaren Schleimhäute nach Anwendung des Kochschen Mittels, von C. Schimmelbusch. 339
Das Kochsche Heilverfahren, von Lichtheim 340
Ulzerierendes Skrofuloderma, von O. Lassar..... 340
Histologische Untersuchungen über die Wirkung des Tuberkulins, von E. Kromayer 340
Brief aus Wien über das Kochsche Heilmittel gegen Tuberkulose, von E. Schiff 385
Die Kochsche Lymphe und der Lupus, von H. Fournier..... 436
Lupus vulgaris — Tod 36 Stunden nach Injektion von 2 Milligramm Kochscher Lymphe, von Jarisch..... 436
Mitteilungen über die Wirkung des Tuberkulins, von Doutrelepont..... 505
Lupusbehandlung, von Braun 506
Lupus der Nase, von Krause..... 507
Erklärung, von Dr. Libberts..... 507
Kochsche Lymphe bei Hauttuberkulose, von Barduzzi..... 507
Das Kochsche Verfahren in der Dermatologie, von G. Thibierge 507

γ. *Syphilis.*

Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Quecksilbersalicylat, von K. Szadek 43
Therapeutische Verwendbarkeit des Jodols in der syphilidologischen Praxis, von K. Szadek..... 43
Über hereditäre Syphilis, von Hönn..... 44
Fall von universellem Pigmentsyphilid mit mikroskopischer Untersuchung der Flecke, von J. Andry..... 44
Untersuchung über den syphilitischen Schanker der Augenlider, von C. Fortuniadès..... 44
Behandlung der Syphilis durch Injektionen von Quecksilbersalicylat, von K. Szadek..... 83
Eine kurze aber lehrreiche Reihe von primären Syphilisfällen, von Hjorth 83
Über Behandlung der Syphilis mit Succinimid-Quecksilber, von J. Vollert 83
Soll ein Arzt die Amme eines syphilitischen Kindes warnen vor den ihr drohenden Gefahren? Von A. Fournier..... 84
Statistik der extragenitalen Schanker, welche vom 1. Febr. 1888 bis 1. Febr. 1889 auf der Klinik für Syphilis- und Hautkranke (Fournier-Paris) vorkamen, von L. Veslin 85
Dieselbe Statistik über den Zeitraum vom 1. Febr. 1889 bis 1. Febr. 1890, von H. Feulard..... 85
Ulcus durum in der Nasenscheidewand, von A. B. Marfan 85
Ein Hymnus auf die Syphilis, von Lanquetin..... 85
Einschränkungen beim Gebrauche des Quecksilbers in der Syphilistherapie, von E. Lang..... 85
Zur Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Hg-thymoloaceticum, von K. Szadek 86
Beitrag zur Histologie des Gumma syphiliticum und der tertiären Störungen im Allgemeinen, von Marfan und Toupet..... 154
Fall von Übertragung der Syphilis durch Impfung, von L. Perrin..... 155
Syphilome beider Samenstränge ohne anderweitige Erkrankung des Geschlechtsapparates, von Bert..... 155
Syphilis hereditaria, von L. de Saint-Germain 155
Aphorismen zur Behandlung der Syphilis, von Köbner 155
Fall von Myelitis syphilitica lumbalis acuta, von A. Renault..... 155
Zur Pathogenese und Diagnostik des Urethralschankers, von E. Gebert..... 192
Syphilitischer Diabetes insipidus, von Obolenski..... 231
Zur Frage über die Rolle der Wärme bei der Behandlung der Syphilis, von P. J. Kalaschinkow..... 282
Zur Lehre vom Harnröhrenschanker, von J. Grünfeld 282
Pemphigus syphiliticus der Neugeborenen, von R. P. Buisseret..... 364
Harter Schanker auf dem linken Arm, von P. Bernard..... 365
Über Extragenitalschanker 365
Vier Fälle von syphilitischem Tonsillenschanker, von K. Szadek..... 365

Seite
Histologischer Beitrag zur Lehre vom Fibroma molluscum, von Löwenstein .. 285
Über Lymphangiom, von Rothenaicher 369
Lokalisation der subkutanen Lipome und Atherome, von Wedel 370
Verkalktes Adenom der Haut, von J. Hutchinson jr. 548

III. Pigmenterkrankungen.

Fall von Braunfärbung der Haut nach längerem Arsengebrauch bei Basedowscher Krankheit, von R. Förster 158
Fall von Morbus Addisonii mit Erkrankung des centralen Nervensystems, von Babes und Kalindero..... 196
Melanoderma, von J. Girode 196

D. Regressive Ernährungsstörungen.

I. Einfache.

a. Allgemeine.

(Vacat.)

b. Lokale.

Behandlung des Ulcus cruris, von A. E. Maylard..... 90
Ulcus cruris, von G. A. Mack 90
Die in den Jahren 1885—1890 in der Greifswalder chirurgischen Klinik vorgekommenen Fälle von Gangraena diabetica und Gangraena senilis, von Laschke 370
Über Hemiatrophia facialis progressiva, von Pajenkamp..... 370
Über Hämorrhoiden und ihre Behandlung, von Adolf Berberich 502
Rationelle Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von Günther..... 502
Behandlung torpider Geschwüre mit Blechplättchen, von E. R. Moras..... 503

II. Specifische.

a. Allgemeine.

Fall von Sklerodermie, von M. Brück..... 89
Über Xeroderma pigmentosum, von C. Brackmann..... 197
Untersuchungen über die pathologische Histologie des Lupus erythematosus, von H. Leloir 197
Untersuchungen über die pathologische Anatomie und die Natur des Lupus erythematosus, von H. Leloir 199
Über den elektrischen Leitungswiderstand der Haut bei Skleroderma, von S. Lewith..... 423

b. Lokale.

Über Alopecia areata, von Quinquaud..... 46
Über einen Favusfall, von F. Karewsky..... 90
Wesen und Ursache der Alopecia areata, von A. Plattner..... 90
Zur Behandlung der Alopecia areata, von R. W. Taylor..... 91
Zur Diagnose des Favus, von W. Dubreuilh 199
Behandlung der Alopecie mit Jodkollodium, von E. Chatelain..... 370
Alopecia areata und chronische Gonorrhoe, von H. Müller..... 502
Über Lupus erythematosus, von Ewald Vobis 502
Augenerkrankung bei Alopecia areata, von L. Froelich..... 503

E. Idioneurosen.

Pruritus hiemalis, von Moraga Porras 504

F. Sekretionsanomalien.

Seite
Blutiger Schweifs bei einem hysterischen Manne, von Imrédy 91

G. Saprophyten und Fremdkörper.

Behandlung der Pediculosis, von Grellety 200
Dermatomyositis acuta, von Unverricht 285

H. Mifsbildungen.

Fall von kongenitaler Alopecie, von P. de Molènes 158
Fall von Dermoidcyste in der rechten Mamma einer 66jährigen Frau von K. Herrmann 200
Beitrag zur Kenntnis der Naevi, von J. Jansen 371
Über Pigmentmäler, von Klee 371
Über einige Haarmifsbildungen, von V. Mibelli 371

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra und Blase.

Litholapaxie, von G. Chismore 47
Neue Mittel zur Entfernung von Blasentumoren bei der Sectio alta, von F. S. Watson 47
Neuere Beiträge zur Lehre von den Strikturen, von H. Alapi 158
Hermaphroditismus, von C. W. Fitch 160
Über die Kallusgeschwülste der männlichen Harnröhre, von Schuchardt 161
Über einen eigentümlichen Tumor des Corpus cavernosum, von A. Pousson 161
Harnröhrenverengung, Cystitis, Urethrotomia interna; das Urinieren wird erst möglich nach Aufhören der Blasenentzündung und Reizung, von A. Pousson 162
Erfolgreiche lineare Elektrolyse bei Harnröhrenstriktur, von J. A. Fort 162
Die Indikationen der äufseren Urethrotomie im Anschlufs an drei per primam geheilte Fälle, von L. Novotny 201
Über Urethroskopie, von H. Feleki 202
Über Tuberkulose der Urethra, von L. Nockher 372
Über Harnröhrensteine, von C. Bewerunge 372
Über Fremdkörper in der Blase, von Dittel 373
Beitrag zur Pathologie der Cavernitis chronica, von L. Niehus 373
Beitrag zur Lehre von den Tumoren der Harnblase, von Janson 374
Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus, von R. Abel 374
Über Behandlungsmethoden der Harnröhrenstrikturen, von R. Kutner 374
Zur elektrolytischen Behandlung der Harnröhrenstrikturen, von Bodenheimer. 375
Diagnose der Blasenruptur, von C. Braun 375
Die Hauptursachen der Harnbeschwerden alter Männer, von G. Hanstädt 504

b. Hoden und Samenblasen.

Die Spinalirritation und ihre Beziehungen zu den Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane, von A. Peyer 159
Über die durch abdominelle Spannung bedingte Epididymitis, von Edw. Martin 160
Fall von blutigen Samenergüssen bei einem jungen Menschen, der aus unbekannten Ursachen eine Striktur erworben hatte, von A. Pousson 162
Psychosen infolge von Masturbation, von J. Meyer 504

c. Prostata.

Fall von Sectio alta und Prostatektomie, von J. W. White 47
Über die Prostatahypertrophie und die neueren Versuche zu ihrer operativen Behandlung, von Kind 374

d. Uretheren und Nieren.

Über Anuria paradoxa, von M. Gerson 374

e. Labien, Vagina etc.

Seite

Zur Kasuistik der Koitusverletzungen, von F. Späth 160
Seltene Komplikation der Vulvitis bei kleinen Mädchen, von E. Berger 162
Vaginale Hämorrhagie, von Duchaussoy 162
Beitrag zur Kasuistik der Atresia ani vaginalis, von Szukalski 374
Beziehungen der Hysterie zum Genitalapparat, von E. Reischauer 375
Fremdkörper in den weiblichen Genitalien und der Harnblase, von J. Diefenbach 375
Über den Defekt und rudimentäre Entwickelung der Scheide, von J. Jacobssohn 504
Ein Beitrag zu den Mifsbildungen der Vagina und des Hymens, von Sachrendt 505

f. Gonorrhoe und Komplikationen.

Vermag der Kompressor urethrae das Weiterschreiten der akuten Gonorrhoe zu verhindern? von S. Róna 162
Über eine heimtückische, schwere Form der gonorrhoischen Ophthalmie, von A. Trousseau 164
Beiträge zur Ichthyoltherapie, von Köster 164
Behandlung der Gonorrhoe mit Antrophoren, von Neuhaus 200
Reinkulturen der Gonokokken, von H. von Schrötter und F. Winkler 201
Über Periostitis gonorrhoica, von L. Raynaud 375
Untersuchungen über Filamenta urethralia, von A. Gabriel 375

IV. Notizen.

Berichtigungen Nr. 1—4 von Dr. Jadassohn 208
„ Nr. 1 von Prof. Dr. Köbner 340
Litteratureingänge 204
Preisaufgabe 436

V. Sachregister 549
VI. Namenregister 564

VII. Verzeichnis der Abbildungen.

Zu S.

Zur Frage der Gonorrhoe der paraurethralen und präputialen Gänge. Tafel I ... 1
Über die Dariersche Dermatose. Tafel I 1
Zur Anatomie der Epheliden, Lentigines und Naevi. Tafel II 119
Über die Tätowierungen der Prostituierten. Tafel III und IV 205
Flora dermatologica VIII. Tafel V 249
Über die Entstehung der Atheromcysten (Epidermoide Franke) nebst einigen Bemerkungen über Follikularcysten und Doppelkomedonen. Tafel VI und VII 477

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XII. No. 1. 1. Januar 1891.

JUN 5 1897
BOSTON MED. LIBRARY.
4202

Zur Frage der Gonorrhoe der paraurethralen und präputialen Gänge.

Von

Dr. Joh. Fabry
in Dortmund.

(Mit Figg. 1—4 auf Tafel I.)

Die Gonorrhoe der paraurethralen und präputialen Gänge ist, angeregt durch die Oedmannssonschen Untersuchungen, neuerdings mehrfach Gegenstand eingehender Besprechungen gewesen. Ein recht reichhaltiges Material einschlägiger Fälle der Breslauer Klinik veröffentlichte vor kurzem Jadassohn,[1] der schon auf dem ersten Kongrefs der dermatologischen Gesellschaft zu Prag[2] gelegentlich einer Demonstration von Pick[3] zu dem Gegenstand das Wort ergriff.

Zwei Punkte sind es, die hier vor allem das theoretische und praktische Interesse in Anspruch nehmen:

1. Sind die im Gefolge von Gonorrhoe entstehenden Drüsenentzündungen direkt oder indirekt durch Gonokokken-Invasion hervorgerufen?
2. Vermag der Gonokokkus in mehrfach geschichtetes Plattenepithel einzudringen oder nicht?

Die von mir beobachteten Krankengeschichten, an welche ich meine Erörterungen anknüpfen möchte, beziehen sich auf zwei Fälle. In dem einen derselben gewann ich das Krankhafte zur histologischen und bakteriologischen Untersuchung; ferner scheint mir gerade auch dieser Fall wieder des klinischen Interesses nicht absolut zu entbehren, indem er zeigen wird, wie die sogenannte latente Gonorrhoe jahrelang, ohne besondere Erscheinungen zu machen, bestehen kann. Bevor wir zur Mitteilung der klinischen Notizen übergehen, seien einige kurze, allgemeine Erörterungen

[1] Jadassohn, Über die Gonorrhoe der paraurethralen und präputialen Gänge. *Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 25, 26.
[2] Derselbe, *Verhandlungen d. deutschen dermatol. Gesellschaft.* Prag 1889. S. 259
[3] Pick, ebenda. S. 257.

gestattet, die zwar zumeist Bekanntes berühren, dennoch mit Rücksicht auf unsere Stellungnahme erforderlich sind.

In seiner sehr interessanten Abhandlung über Folliculitis praeputialis et paraurethralis gonorrhoica kommt Touton [4] nach genauer Durchsicht der Litteratur zu der Überzeugung, dafs die im Gefolge von Gonorrhoe beim Manne auftretende Prostatitis und Entzündung der Cowperschen Drüsen häufig der Gegenstand von Publikationen gewesen seien, dafs der Nachweis der Gonokokken im Eiter derselben noch ausstehe.

Jadassohn [5] hält die zwischen beiden Blättern des Präputiums gelegenen kleineren und gröfseren Knoten mit Touton für einfache drüsengangartige Einsenkungen im Gegensatz zu Oedmannsson, der dieselben für gonorrhoisch infizierte Drüsen hält. Dagegen spreche das Vorkommen von Pflasterepithelzellen im Sekret, weiter der Umstand, dafs wir bisher noch nichts von einer eigentlichen gonorrhoischen Erkrankung der Lymphgefäfse wissen; endlich verlangt Jadassohn mit Recht, dafs für die Drüsennatur dieser Gebilde der strengste histologische Nachweis geliefert werden müsse. Darauf kommen wir weiter zurück.

Es ist erklärlich, dafs mit Rücksicht auf die eben wiedergegebenen bisherigen Untersuchungsergebnisse die Bummsche [6] Annahme, dafs sämtliche Drüsenaffektionen bei Tripper Mischinfektionen seien, am meisten Anklang findet und gefunden hat.

Durch die Züchtungsversuche ist ja nachgewiesen, dafs in der überwiegend gröfseren Zahl der Fälle auch beim frischen Tripper neben den Gonokokken zahlreiche andere pathogene Mikroorganismen sich vorfinden, die selbstverständlich auch Komplikationen, wie etwa Vereiterung der Drüse und eiterigen Zerfall des Gewebes, verursachen können.

Hinsichtlich des Nachweises der Pathogenität des Neisserschen Gonokokkus wurde durch die bekannten Bummschen Untersuchungen auch den strengsten Anforderungen bakteriologischer Forschung Genüge geleistet. Zahlreiche frühere Mitteilungen über Reinkultivierung des Neisserschen Gonokokkus erwiesen sich, da die betreffenden Autoren nicht mit den geeigneten Nährböden gearbeitet hatten, als unzutreffend. Spätere Untersuchungen bestätigten die Richtigkeit der Bummschen Postulate für die Gonokokkenreinkultur. Die schon erwähnte Streitfrage, ob der Gonokokkus in mehrschichtiges Plattenepithel einzudringen vermag oder ob nur die mit Cylinderepithel ausgekleidete Schleimhaut gonorrhoisch erkranken könne und das eigentliche günstige Gebiet für das

---

[4] Touton, Über Folliculitis praeputialis et paraurethralis gonorrhoica. *Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1889. S. 15 ff.

[5] Jadassohn, l. c.

[6] Bumm, Über gonorrhoische Mischinfektionen beim Weibe. *Deutsche med. Wochenschr.* 1887. No. 49.

Trippervirus abgebe, glaubt JADASSOHN auf Grund der oben citierten Arbeit von TOUTON, sowie seiner eigenen eingehenden Beobachtungen und Untersuchungen, auf jeden Fall weder in dem einen, noch in dem anderen Sinne entscheiden zu können.

Bei der grofsen Hartnäckigkeit, mit welcher viele Fälle chronischer Gonorrhoe selbst auch den energischsten Behandlungsmethoden trotzen, wäre es ja doch eigentlich unverständlich, wenn nur in einschichtiges Cylinderepithel der Gonokokkus einzudringen vermöchte. Aber auf der anderen Seite weifs man ja, dafs oft die Hartnäckigkeit eines chronischen Trippers dadurch bedingt ist, dafs die Gonokokken in kleinen Schleimhautdrüsen sichere Schlupfwinkel finden. Allerdings bürgt für die Richtigkeit dieser Vermutung weiter nichts wie Untersuchungen des aus den Drüsen ausgedrückten Sekretes auf Gonokokken mit positivem Befund. Wir schreiten nun zur Mitteilung der beiden, von uns beobachteten Fälle.

Kollege X. konsultiert mich wegen einer kleinen Geschwulst zwischen beiden Blättern des Präputiums. Die Anamnese ergibt, dafs Patient vor seiner Verheiratung — vor 15 Jahren — an Gonorrhoe gelitten hat, die nach Verlauf von wenigen Wochen beseitigt war (und später nicht recidivierte). Die Frau ist, wie derselbe bestimmt angibt, vollständig gesund und hat des öfteren ganz normale Wochenbetten durchgemacht.

Zwischen beiden Blättern des Präputiums, etwa 2 cm vom Sulcus retroglandularis, ebensoweit vom Frenulum entfernt, ist eine ungefähr linsengrofse, rundliche Härte zu fühlen. Die kleine Geschwulst ist zwischen den Blättern des Präputiums verschieblich, auf Druck kaum schmerzhaft. Übt man auf die Geschwulst einen etwas intensiveren Druck aus, so entleert sich aus einer feinen, kaum sichtbaren Öffnung, rechts vom Frenulum, eine Spur dünnflüssigen Sekretes.

Die Harnröhrenschleimhaut ist von normaler Röte und liefert beim Streichen von hinten nach vorne absolut kein Sekret, auch fehlen Filamente im Urin; auch bei Druck auf die Anschwellung erscheint bei genauer Untersuchung am Orificium enternum urethrae kein Sekret.

Von dem Sekret des Ausführungsganges am Frenulum wurden nun Deckglaspräparate gemacht und letztere mit Methylenblaulösung gefärbt; mehrfach vorgenommene Untersuchungen ergaben das Vorhandensein von ziemlich zahlreichen in Epithelien und in Eiterkörperchen eingeschlossenen Gonokokkenhäufchen, ein Bild, das sich in nichts unterschied von dem, wie es das Eitersekret einer akuten Gonorrhoe gewährt. Es bestand somit kein Zweifel darüber, dafs eine gonorrhoische Affektion des minimalen, mit der interpräputial gelegenen Schwellung kommunizierenden Ganges vorlag.

Da die Gefahr der Übertragung gonorrhoischen Virus beim Coitus

entschieden zu befürchten, auf der anderen Seite ein Versiegen der Eiterung nach Entfernung der Geschwulst erhofft wurde, so entschlossen wir uns zur Vornahme der Exstirpation.

In Narkose (unter Assistenz des Kollegen Dr. Bayer) Spaltung des inneren Präputialblattes etwa in der Ausdehnung von $1^1/_2$ cm; es gelingt stumpf präparierend den kleinen Tumor auszuschälen; der Ausführungsgang läfst sich wegen der Blutung und der Minutiösität der Verhältnisse nicht auffinden.

Vereinigung der Wunde am inneren Präputialblatt. Heilung per primam in wenigen Tagen. Während die Wunde reaktionslos heilte, konnte Patient bei Druck auf die Gegend des Ausführungsganges in der ersten Zeit noch wenig Sekret entleeren, in welchem sich noch immer echte Gonokokken nachweisen liefsen. Dies dauerte noch ca. 14 Tage und dann schien die Quelle versiegt zu sein, es fand sich an der Stelle des Ausführungsganges kein Sekret mehr. Patient war als geheilt zu betrachten.

Heute, $^3/_4$ Jahr nach Entfernung der Anschwellung, ist absolut nichts Abnormes am Präputium nachzuweisen.

Nach dem gegebenen Befunde und gemäfs dem Verlauf der Krankheit erhellt, dafs beim Patienten ein Residuum der Gonorrhoe, einzig und allein lokalisiert und zwar jahrelang in einem unten noch näher zu definierenden Knötchen vorlag, während sonstige Symptome für etwa vorhandene chronische Gonorrhoe nicht aufzufinden waren und auch in der ganzen Zwischenzeit nach dem mafsgeblichen Urteil des Patienten nicht bestanden hatten.

Zur Ausführung der Exstirpation bestimmte vor allem, wie schon angedeutet wurde, die Erwägung, dafs durch Friktion beim Coitus Sekret aus dem Ausführungsgang herausgepreßt werde und somit die Möglichkeit einer Infektion der Frau gegeben war; ferner konnte mit Recht, da sonst absolut keine Zeichen von Gonorrhoe vorhanden waren, die in der That eingetretene vollständige Heilung des Patienten vermutet werden.

Der zweite Fall bietet von dem soeben mitgeteilten wesentliche Unterschiede dar.

Patient ist vor 11 Monaten gonorrhoisch infiziert und wurde zunächst mit den üblichen Einspritzungen behandelt. Auf diese Weise wurde der Ausfluſs vollkommen zum Verschwinden gebracht. Im 4. Monat nach der Erkrankung bildete sich, wie mir der behandelnde Arzt, Kollege Dr. Fischbein mitteilte, ein kleiner Abscefs im Gewebe der Glans Penis und zwar rechts unten, der vor spontanem Durchbruch durch Incision entleert wurde. Eine Untersuchung des Sekretes auf Gonokokken fand damals nicht statt. Nach 2 Monaten bildete sich abermals ein Abscefs,

der durch Incision anscheinend zur Heilung gebracht wurde. Da in der Gegend der früheren Abscedierungen eine Härte vorhanden war, die keiner Behandlung weichen wollte und Patient, Wittwer, im Begriff stand, abermals eine Ehe einzugehen, so veranlafste Kollege Dr. FISCHBEIN denselben, in unsere gemeinsame Behandlung zu treten.

Die Untersuchung ergab eine Schwellung rechts unten in der Corona glandis, welche auf Druck mäfsig schmerzhaft war und aus dem Orificium Sekret entleerte. Die Untersuchung dieses Sekretes wies zahlreiche Gonokokkenhäufchen, typisch in Eiterzellen gelagert, nach. Da Patient die zweite Ehe in kurzem eingehen wollte und selbige nicht mehr hinausgeschoben werden konnte, so rieten wir ihm, die Entfernung der infizierten Schwellung vornehmen zu lassen, welchem Ratschlage derselbe Folge leistete. Von einer regelrechten Exstirpation konnte in diesem Falle wegen der tiefen Lagerung der Schwellung und der starken Blutung keine Rede sein, und wir begnügten uns damit, durch Schnitt die Schwellung freizulegen und nunmehr durch Anwendung des Spitzbrenners des Paquelin eine gründliche Vernichtung des Krankhaften vorzunehmen. Nach mehrfach vorgenommenen Untersuchungen konnten wir feststellen, dafs sowohl die Sekretion aus der Harnröhre aufgehört hatte, und irgend welche verdächtige Filamente im Urin gänzlich fehlten.

Das durch die Exstirpation vom ersten Patienten gewonnene Geschwülstchen erinnerte schon makroskopisch durch Form und Aussehen am meisten an eine kleine Drüse. Dasselbe wurde nach Alkoholhärtung in Paraffin eingebettet und mit dem Mikrokom in feine Schnitte zerlegt.

Der kleine Tumor bot mikroskopisch folgende Eigenschaften an mit Pikrokarmin behandelten Schnitten dar, welche durch beigefügte Abbildungen teilweise wiedergegeben sind. Zunächst zeigte sich im Übersichtsbilde, dafs das Grundgewebe ein bindegewebiges Stroma war, das, peripherisch den Tumor mit einer Kapsel umgebend, sich nach den verschiedensten Richtungen nach dem Centrum hinzieht, zahlreiche gröfsere und kleinere Maschen bildend. Daneben finden sich an den verschiedensten Stellen des Präparates in den mannigfachsten Figurationen Lumina, welche bei starker Vergröfserung deutlich einschichtiges Cylinderepithel aufweisen. Unverkennbar handelt es sich hier um kleinere und kleinste Drüsenausführungsgänge und Alveolen. Die äufsere Kapsel enthält ernährende Blutgefäfse, die gleichfalls Züge nach dem Inneren fortsetzen, auch solche Gefäfse sind natürlich zum Teil quer getroffen. Die zahlreichen Spaltbildungen im Bindegewebe zeigen bei Schnittserien kongruente Konfigurationen. Fast durch alle Schnitte fällt ein gröfseres Lumen auf, das wohl den Hauptausführungsgang der Drüsen darstellt. Es findet sich nur an dieser Stelle kein Cylinderepithel, sondern mehrschichtiges Plattenepithel. Lymphkörperchen finden sich zwischen den Maschen des Binde-

gewebes und in gröfseren Haufen angeklebt am Epithel des eben angeführten gröfseren Ausführungsganges. Nach diesem Befunde kann es keinem Zweifel unterliegen, dafs wir es mit einer echten Drüse zu thun hatten. Mit dieser Ansicht stimmten alle Kollegen, denen ich gelegentlich meine Präparate demonstrierte, überein.

Es mufste natürlich nun umsomehr noch interessieren, über das Verhalten der Gonokokken in diesem kleinen Organ, das, wie doch der positive Befund in den Sekret-Untersuchungen vermuten lassen konnte, durch erstere infiziert war und infolgedessen zeitweilig anschwoll und stärker secernierte, Genaueres zu ermitteln.

Zur Färbung der Schnitte benutzten wir die Methoden, die TOUTON in seiner mehrfach erwähnten Arbeit mit gutem Erfolge angewendet hatte, vor allem Färben mit Methylenblau und mit Karbolfuchsim; die genaueren Angaben über die Färbeverfahren finden sich bei TOUTON.

Für uns wurde gerade ein mit Methylenblau behandelter Schnitt, der auch in der Abbildung wiedergegeben ist, am wertvollsten.

Es gelang uns der Nachweis von Gonokokken, die durch ihre typische intracelluläre Lagerung und ihrer Form nach unbedingt sicher als solche gelten konnten.

Bevor auf die Lagerung der Gonokokken in dem Drüsenschnitt weiter eingegangen werden soll, mögen einige Worte der Rechtfertigung Platz finden, dafs wir bei einfacher Methylenfärbung mit Gewifsheit Gonokokken vor uns gehabt zu haben behaupten.

In letzter Zeit haben sich mehrere Autoren bemüht noch sicherere Methoden wie die bisherigen für den Nachweis von Gonokokken ausfindig zu machen.

Die von SCHÜTZ[7] angegebene Methode hält STEINSCHNEIDER deshalb nicht für zuverlässig, weil sie nicht gestattet, die Gonokokken neben den anderen Diplokokken in verschiedenem Farbenton zu sehen.

Die Auffindung einer besonderen Färbungsmethode für Gonokokken, die es ermöglicht, auch dem Mindergeübten in Fällen, wo erstere entweder nicht zahlreich, oder aber zugleich mit anderen Kokken vorkommen, sichere mikroskopische Diagnosen zu stellen, gelang STEINSCHNEIDER.[8]

Da nun nach der Meinung desselben Autors eine solche Methode nur nötig ist für Fälle, wo die Gonokokken nicht in Zellen eingeschlossen sind und nicht in Haufen zusammen liegen, so gestattet der oben mit einfacher Methylenblaulösung behandelte Schritt nichtsdesto-

---

[7] SCHÜTZ, Ein Beitrag zum Nachweise d. Gonokokken. *München. med. Wochenschr.* 1889. No. 14.

[8] STEINSCHNEIDER u. GALEWSKI, *Verhandlungen d. deutschen dermatol. Gesellschaft.* Prag 1889. S. 159. — STEINSCHNEIDER, *Berl. klin. Wochenschr.* 1890. S. 533 ff.

weniger sichere Schlüsse; dies umsomehr, als an dem Postulat, dafs nur das mit Sicherheit für Gonokokken angesprochen werden kann, was in Eiterzellen oder Epithelien eingeschlossen ist, wie auch in einer unter DOUTRELEPONTS Leitung ausgeführten früheren Arbeit,[9] streng festgehalten wurde.

Die Gonokokken lagen nun, wie aus der Abbildung, (s. Taf. I, Fig. 4), die ein Kollege nach dem mikroskopischen Bilde anzufertigen die Freundlichkeit hatte, hervorgeht, intracellulär. Man sieht, wie an der betreffenden Stelle von dem mehrschichtigen Plattenepithel des schon oben bezeichneten Ausführungsganges kleinere Zellengruppen abgelöst sind und in solchen Epithelzellen, sowie in vereinzelten zwischen denselben gelagerten Lymphkörperchen Gonokokken. Es ist somit für den vorliegenden Fall zunächst der Beweis erbracht, dafs auf dem Wege des Ausführungsganges der am Frenulum endigenden Drüse gonorrhoisches Virus bis ziemlich weit von der Eingangspforte verschleppt worden ist und sich da, wo das drüsige Organ an denselben anschliefst, eingenistet hat. Aufser in Epithelien finden sich die Kokken in Eiterkörperchen und zwar in solchen, die zwischen den Epithelien gelagert sind, ferner in den Lymphkörperchen, die sich an den Drüsenschnitten, wie bei der histologischen Beschreibung bemerkt wurde, zwischen den Bindegewebsmaschen des Drüsengewebes. In dem Cylinderepithel der kleineren Ausführungsgänge und Alveolen waren Gonokokken nicht nachzuweisen.

Die mehrfach erörterte Streitfrage, ob Gonokokken in mehrschichtiges Plattenepithel aktiv einzudringen vermögen oder nicht, interessiert uns an dieser Stelle weniger wie die Erörterung, in welcher Weise gonokokkenhaltige Lymphzellen in den inneren Teil der Drüse hineingelangt sind.

Nach den von mir angestellten Untersuchungen möchte ich mir den Vorgang bei einer gonorrhoischen Infektion einer Drüse folgendermafsen vorstellen, fufsend auf den beiden Thatsachen, dafs sich erstens an der Übergangsstelle des Ausführungsganges zu dem eigentlichen Drüsenorgan, d. h. zu den kleineren Verzweigungen in der Endothelbekleidung, Gonokokken vorfanden, ferner in den Lymphkörperchen der Drüse. Während wir uns das Fortkriechen des Tripperprozesses in dem Hauptausführungsgang der Drüse ganz analog vorstellen können, wie dasjenige in der Harnröhre, liegt in der Drüse selbst die Sache so, dafs die fortschreitende gonorrhoische Entzündung zunächst von Seiten der Lymphkörperchen der Drüse eine stärkere Emigration hervorruft; die Lymphkörperchen nehmen, wie bekannt, begierig gonorrhoisches Virus auf und sind vermöge ihrer physiologischen Eigenschaften imstande, das aufgenommene Gift auch in

---

[9] FABRY, Über die gonorrhoische Schleimhautaffektion beim Weibe. *Deutsche med. Wochenschr.* 1888. No. 43.

central gelegene Partieen der Drüse zu tragen. Ob die Virulenz der Tripperkokken hier verloren geht oder in ursprünglicher Kraft erhalten bleibt, wage ich nicht zu entscheiden.

Dafs ein solcher latent verlaufener chronischer Entzündungsprozefs recht lange bestehen bleiben kann, lehren die klinischen Daten des ersten der mitgeteilten Fälle, bei welchem vor 15 Jahren die erste und einzige Gonorrhoe bestanden hatte und für den Patienten anscheinend vollständig abheilte.

Der Gonokokkus scheint demnach mit gewissen, nunmehr auseinanderzusetzenden Einschränkungen sehr wohl in der Lage zu sein, auch in die Drüsen einzudringen und dieselben in den Zustand einer katarrhalischen Entzündung, im Gegensatz zu der abscedierenden, zu versetzen. Der Gonokokkus verursacht also in den Drüsen eingenistet eine zuweilen zu einem akuten Schube sich steigernde chronische Entzündung; diese Steigerung macht sich durch eine vermehrte Sekretabsonderung bemerkbar. Als ein sehr wichtiger Unterschied jedoch im Gefolge von Gonorrhoe auftretenden Entzündungen der Drüse, z. B. der Leiste oder an der Wurzel des Penis, mufs besonders hervorgehoben werden, dafs es meist nicht zu Vereiterungen kommt, welcher Effekt der Mitwirkung anderer Kokken zugeschrieben wird.

Damit ist zur Genüge betont, dafs nicht etwa durch vorliegende Mitteilung der Versuch gemacht werden sollte, sämtliche als Komplikation der Gonorrhoe auftretenden Drüsenentzündungen durch Gonokokken-Invasion hervorgerufen zu erklären. Das wäre ein längst als unrichtig bezeichneter Standpunkt; wohl aber möchten wir dem Mikroorganismus der Gonorrhoe für die direkt in das Lumen der Harnröhre einmündenden Drüsen, speziell für die Littreschen Drüsen, die Eigenschaft zusprechen, dieselben infizieren und im Zustande der Entzündung unterhalten zu können.

Durch die Exstirpation einer zwischen beiden Blättern des Präputium gelegenen Drüse gewannen wir Material zu einer genauen Untersuchung und waren so in der Lage, im Gewebe der Drüse die Gonokokken nachzuweisen und einen weiteren Beleg beizubringen für die durch Sekretuntersuchungen lange bekannte Thatsache, dafs der Gonokokkus gern schwer zugängliche Schlupfwinkel aufsucht, von denen aus von Zeit zu Zeit Exacerbationen der sog. latenten Gonorrhoe hervorgerufen werden.

Hiermit in Übereinstimmung ist der von Oberländer angeführte Satz Chiaris, dafs die Follikel den chronischen Katarrh der Harnröhre verursachen. Wie die Vorgänge innerhalb der Drüse bedingt werden, läfst sich aus unserem genommenen mikroskopischen Bilde ablesen. Es spricht unser Befund für die Richtigkeit der von Neisser und seiner Schule wiederholt ausgesprochene Lehrsatz, dafs auch die chronische ebenso wie die akute direkte Folge der Gonokokken Invasion sei.

Man wird sehr selten zu der Annahme eines durch vorhergegangene Gonorrhoe bestehende Reizung oder nicht infektiösen Katarrhs der Urethralschleimhaut genötigt sein.

Bei einem ziemlich grofsen Material von an Gonorrhoea chronica erkrankten Patienten, die zum Teil behandelt, zum Teil nicht behandelt, meist ohne besondere subjektive Beschwerden, als Residuum einer früheren gonorrhoischen Infektion nichts nachweisen liefs, wie die bekannten aus grofsen Plattenepithelien und Eiterkörperchen bestehenden Urinfilamente, gelang mir fast immer der Nachweis der Gonokokken.

Natürlich mufsten vor allem die Untersuchungen öfter angestellt werden. Finger[10] hat eruiert, dafs, um im Urinsediment positive Resultate zu erzielen, man eine längere Einwirkung des Urins zu vermeiden hat. Zur Untersuchung der Filamente auf Gonokokken stellte ich meine Präparate in folgender Weise her. Die Fäden werden aus dem Spitzglase bei frisch gelassenem Urin mit der Pipette einzeln aufgefangen und direkt auf den Objektträger gebracht. Der Urin wird mit Fliefspapier weggesogen; die Fäden mit geglühten Nadeln ausgebreitet, nicht verrieben und trocknen gelassen, endlich nach den bekannten Methoden gefärbt.

Aus der dermatologischen Universitäts-Klinik von Prof. Schweninger in Berlin.

Über die DARIERsche Dermatose,

an der Hand eines selbst beobachteten Falles

von

Dr. F. Buzzi und Dr. F. Miethke.

(Mit Figg. 5–7 auf Tafel I.)

Einleitung.

Am 30. März 1889 hatte Darier in seinem Vortrage „Une forme de psorospermose cutanée diagnostiquée acné cornée ou acné sébacée concrète“ vor der „Société de Biologie“ zu Paris die Aufmerksamkeit gelenkt auf gewisse Organismen aus der Klasse der Sporozoen, die Psorospermien oder Coccidien und auf die ursächliche Bedeutung derselben bei einer gewissen Form von Keratose.

---

[10] Finger, *Verhandlungen d. deutschen dermatol. Gesellsch.* Prag 1889. S. 189 ff.

Einige Tage später, am 19. April, machte derselbe Autor eine zweite Mitteilung über „Une nouvelle forme de psorospermose cutanée ou maladie de PAGET du mamelon," in welcher er die Entstehung der PAGETschen Krankheit ebenfalls auf die Einwirkung von „Psorospermien" zurückführte, die er in mikroskopischen Präparaten nachweisen konnte.

Am 8. Mai erschien eine klinische Studie, als Dissertation, von THIBAULT mit den Krankengeschichten der zwei Fälle von Psorospermose, die Gegenstand der ersten Mitteilung DARIERS gewesen waren.

Im 7. Heft vom 25. Juli 1889 der *Annal. de derm. et de syph.* veröffentlichte DARIER eine eingehende klinische und histologische Studie unter dem Titel „De la psorospermose folliculaire végétante", in welcher er mit grofser Bestimmtheit die Psorospermien als die Erreger der von ihm nach denselben benannten Form einer Keratose hinstellte und auf die nosologische Verwandtschaft dieser Erkrankung mit der PAGETschen Krankheit der Brustwarze, mit dem Molluscum contagiosum und mit gewissen Epitheliomen und Karcinomen hinwies, deren Enstehung vielleicht ebenfalls von Sporozoen abhängig ist.

Wir müssen bei dieser chronologischen Darstellung der uns hier beschäftigenden Dermatose noch erwähnen, dafs DARIER in einem Nachtrag zu seiner Arbeit einen im Juniheft 1889 des *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases* von J. C. WHITE unter dem Titel „A case of Keratosis (Ichthyosis) follicularis" veröffentlichten Fall ebenfalls als „un cas de notre psorospermose folliculaire végétante" anerkennt.

Gelegentlich des internationalen dermatologischen Kongresses zu Paris im August 1889 stellte DARIER einen seiner zwei Patienten vor und WHITE erklärte seinerseits hier die Identität des vorgestellten Falles mit dem von ihm unter dem Namen „Keratosis follicularis" veröffentlichten. Aufserdem teilte daselbst BOECK mit, zwei Fälle der fraglichen Dermatose behandelt, und histologisch untersucht zu haben, ohne gegen oder für die DARIERschen Auffassungen Stellung zu nehmen. Am 11. Septb. 1889 wurden dann von ihm in der Gesellschaft der Ärzte zu Christiania ein 47jähriger Patient mit dieser Krankheit vorgestellt und am 20. Nov. desselben Jahres die beiden Söhne dieses Patienten, welche mit derselben Affektion behaftet waren (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1890. Bd. XI. S. 132).

Wichtig für die Kenntnis unserer Krankheit ist eine zweite Arbeit WHITES, betitelt: Keratosis follicularis. A second case (*Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* Januar 1890). Es handelt sich hier um die Tochter des ersten Patienten, welche von derselben Krankheit befallen war. Die genauesten histologischen Untersuchungen beider Fälle wurden von BOWEN und diesmal unter Berücksichtigung der DARIERschen Psorospermien vorgenommen. BOWEN kommt dabei zu dem Schlusse, dafs in den beiden WHITEschen Fällen dieselben Gebilde vorhanden sind, die von DARIER

als Psorospermien bezeichnet werden, erhebt jedoch gegen die parasitäre Natur derselben gewichtige Einwände.

Weiter machte die Lehre von den Psorospermien, als ursächliche Momente von Dermatosen, von sich reden namentlich durch die schöne Monographie über die PAGETsche Krankheit der Brustwarze von WICKHAM, welcher die DARIERschen Befunde bestätigen konnte und durch ausgezeichnete Abbildungen illustrierte.

Eine weitere Bestätigung erfuhr die DARIERsche Lehre durch die Mitteilungen J. HUTCHINSONS jun. vor der Pathological Society of London unter dem Titel: „PAGETS disease of the nipple with Psorospermose." Aber auch hier wurde von SPENCER dagegen geltend gemacht, die sogenannten Psorospermien seien in Wirklichkeit Kerne degenerierter Epidermiszellen oder die Sporen irgendwelcher Pilze.

So haben sich auch in letzter Zeit, wie bekannt, gegen die seit BOLLINGER angenommene Identität der Molluscum contagiosum-Körperchen mit Sporozoen (Gregarinen) gewichtige Stimmen erhoben, wie z. B. TÖRÖK und TOMMASOLI (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889. Bd. X. S. 149. „Über das Wesen des Epithelioma contagiosum").

Die Anwesenheit von Protozoen in Epitheliomen und Karcinomen wurde ebenfalls in letzter Zeit Gegenstand lebhafter Erörterungen. Und wenn MALASSEZ, ALBARRAN, CORNIL, DARIER, THOMA und andere dazu neigen, die Physaliden VIRCHOWS als Protozoen anzusehen, so fehlt es nicht an Stimmen, welche sich gegen eine solche Identifizierung aussprechen. Wir weisen nur auf die Veröffentlichung von KLEBS hin, „Über das Wesen und die Erkennung der Karcinombildung" (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 32).

Was uns in dieser Abhandlung beschäftigen soll, ist die von DARIER beschriebene Psorospermose folliculaire végétante oder die Keratosis follicularis WHITES. Sieben Fälle dieser eigentümlichen Dermatose sind es, die bis jetzt genau beobachtet und veröffentlicht sind, nämlich, wie oben dargestellt, je zwei von DARIER und WHITE, drei von BOECK.

In einem Referat von PHILIPPI-Nieheim (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1890. Bd. XI. S. 226) ist zwar von einem weiteren Falle die Rede, den BLASCHKO in der Berliner dermatologischen Gesellschaft gezeigt haben soll. Aus den Berichten über die Verhandlungen (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1890. Bd. XI. S. 140) geht jedoch hervor, dafs BLASCHKO selbst als ursächliches Moment der Affektion das Eindringen von Schmutz und scharfen Chemikalien in die Follikel angesehen hat und keine Psorospermien, wie sie von DARIER, WHITE und WICKHAM gefunden wurden, nachweisen konnte. Somit gehört dieser Fall hier garnicht her und ist deshalb in Folgendem von uns nicht berücksichtigt worden.

Den sieben bis jetzt bekannten histologisch kontrollierten Fällen der fraglichen Dermatose sind wir heute in der Lage, einen neuen, den achten, zugleich aber den in Deutschland zuerst beobachteten, hinzuzufügen, der in der Klinik von Prof. SCHWENINGER im vorigen Sommer zur Beobachtung und Demonstration kam.

Wenn dies unter der Überschrift „Über die DARIERsche Dermatose" geschieht, so hat das seinen Grund darin, weil wir die Einführung und Verbreitung eines Namens nicht verantworten wollten, der nach dem jetzigen Stande der wissenschaftlichen Forschung über diese Krankheit noch nicht berechtigt erscheint.

Während WHITE auch noch zuletzt an der Bezeichnung „Keratosis follicularis" festhielt, so haben wir, um dem Verdienste, welches sich DARIER durch Aufstellung dieser Krankheit und bei der Erforschung des Wesens derselben erworben hat, die gebührende Anerkennung zu zollen, den Namen „DARIERsche Dermatose" gewählt.

Klinischer Teil.

Es handelt sich hier um einen Patienten, der am 1. Juli 1890 wegen eines Ausschlages am Kopfe in die Klinik für Hautkrankheiten der Charité aufgenommen wurde. Derselbe ist 16 Jahre alt und Metallschleifer. Seine Mutter soll vor 13 Jahren an Karzinom gestorben sein. Im Kindesalter überstand er Masern, Diphtherie und Lungenentzündung.

Die Hautaffektion, derentwegen Patient zur Behandlung kommt, besteht seit dem siebenten Lebensjahre. Dieselbe ist mehrfach behandelt worden, hat sich auch gebessert, um jedoch immer wiederzukehren.

Der ganze behaarte Kopf ist mit gröfstenteils zusammenhängenden Borken bedeckt, unter welchen die Haut sich stark gerötet, nässend und stellenweise exkoriiert zeigt.

Neben diesem impetiginösen Ekzem fällt zunächst ein eigentümlicher, symmetrisch verteilter Ausschlag beiderseits an Handrücken und bei weiterer Untersuchung auch in den Achselhöhlen, in den Leistenbeugen, in der Nabelgegend, in den Klavikulargruben sowie im Nacken auf.

Dieser Ausschlag soll seit den ersten Lebenswochen bestehen und allen Mitteln Widerstand geleistet haben, sodafs Patient denselben jetzt nicht mehr berücksichtigt, zumal er keine subjektiven Beschwerden, weder Jucken, noch Brennen oder Stechen, empfindet.

Unter den Blutsverwandten des Patienten soll keiner von derselben oder einer ähnlichen Hautkrankheit befallen sein.

Näher betrachtet zeigt der Ausschlag folgendes Bild: Der Handrücken und die Dorsalseiten der Finger sind mit dicht aneinander liegenden Erhabenheiten besät, welche den Hautfelderungen entsprechen. Diese Erhabenheiten bestehen augenscheinlich aus einer übermäfsig fest anhaftenden

Hornauflagerung, fühlen sich hart und eigentümlich rauh an. Die Farbe derselben ist schmutzig-bräunlich, während die übrige Haut im allgemeinen hier livide erscheint.

In den Leistenbeugen, in den Achselhöhlen, sowie am Nabel, im Nacken und in den Klavikulargegenden hat der Ausschlag ein etwas anderes Aussehen. Hier sind die hirsekorn- bis linsengroſsen Erhabenheiten unregelmäſsig zerstreut, sie stehen vereinzelt oder zu mehreren in Plaques vereinigt. Auch sind sie mehr zugespitzt und zeigen stets in ihrer Mitte einen kleinen schwarzen Punkt, der sich indessen nicht, wie ein Komedo, herausdrücken läſst. Selten sieht man aus einer dieser Efflorescenzen ein Haar oder ein Lanugohärchen hervortreten, während solche zwischen denselben vorhanden sind.

Die Farbe der Erhabenheiten ist an den letztgenannten Stellen graugelb, die zwischenliegende Haut hat ein ganz normales Aussehen. Für den über dieselben hingleitenden Finger fühlen sich die Efflorescenzen hier noch härter und rauher an, als am Handrücken. Übt man auf eine derselben einen etwas stärkeren Druck aus, so empfindet der Patient einen heftigen stechenden Schmerz, namentlich in den Achselhöhlen.

Diese Erhabenheiten lassen sich unschwer mit dem Fingernagel, leichter mit der Spitze eines Skalpels entfernen. Es bleibt dann eine gerötete Stelle zurück, die nur selten blutet.

Der übrige Körper ist frei von jedem Ausschlage. Namentlich ist an den Streckseiten der Extremitäten auch nicht einmal ein geringer Grad von Lichen pilaris zu finden.

Die Fingernägel sind zerklüftet, brüchig und an ihren freien Enden mit dem Nagelbett durch lamellöse Hornmassen verwachsen.

Der Patient ist gut gebaut, für sein Alter ziemlich groſs, aber schlecht genährt. Sein Körpergewicht beträgt nur 43,5 kg. Es besteht eine mäſsige Schwellung der Nacken-, Achsel-, Submaxillar- und Leistendrüsen. Sein lymphatisch-skrophulöser Habitus ist auſserdem noch durch das Vorhandensein einer elephantiastischen Verdickung der Oberlippe und der Nase, sowie durch eine chronische Rhinitis dokumentiert. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt keine krankhaften Veränderungen an denselben.

Patient leidet sehr an kalten Händen und Füſsen, sowie an Hyperhidrosis an diesen Körperteilen und in der Achselhöhle.

Daſs der zuletzt beschriebene Ausschlag auf den Handrücken, in den Leistenbeugen etc. mit den Hautveränderungen am Kopfe nicht in Zusammenhang zu bringen war, bedarf wohl weiter keiner Auseinandersetzung.

Am Kopfe lag, wie schon gesagt, das gewöhnliche Bild des impetiginösen seborrhoischen Ekzems vor, und der Zustand besserte sich auch an

dieser Stelle sehr schnell unter einer lokalen Behandlung mit weifser Präcipitatsalbe und heifsen Seifenwaschungen, später mit Resorcin-Schwefelsalbe neben Leberthran, Syrupus ferri-jodati innerlich und guter Ernährung. So war schon nach vierwöchentlicher Behandlung, also Anfang August, hier eine vollständige Heilung eingetreten.

Der Ausschlag am übrigen Körper konnte schon vermöge seines eigentümlichen, ungewöhnlichen Aussehens unmöglich als Ekzem aufgefafst werden. Vor allem vermifste man hier jedes Symptom einer Entzündung, wie Röte, Hitze und Schwellung der Haut. Aber auch die übrigen Begleiterscheinungen des rein papulösen Ekzems — und nur um ein solches hätte es sich hier handeln können —, wie Abschuppung, Jucken etc. fehlten gänzlich. Aufserdem sprach die Thatsache, dafs diese Hautveränderungen schon in den ersten Lebenstagen aufgetreten und seit dieser Zeit ziemlich gleich geblieben waren, dafür, dafs hier Läsionen ganz anderer Art vorlagen, als wir sie bei Ekzem kennen.

Schon beim ersten Blick, noch mehr aber bei näherer Untersuchung und beim Darüberhinfahren mit dem Finger gewann man den Eindruck, dafs der fragliche Ausschlag eine Form von Keratose darstellte.

Indessen konnten die bekannten Vertreter dieser Gruppe von Hautkrankheiten, als Lichen ruber planus, Lichen ruber acuminatus, Pityriasis rubra pilaris, Lichen pilaris, hier nicht in Betracht kommen, weil die charakteristischen klinischen Kennzeichen keiner dieser Krankheiten vorhanden waren.

Auch waren diese Efflorescenzen sicher keine gewöhnlichen Warzen. Auch der Gedanke an Hauthörner konnte nicht Stich halten, denn diese Gebilde pflegen nur vereinzelt oder in sehr geringer Zahl vorhanden zu sein und dieselben hätten sicher nach so langem Bestehen gröfsere Dimensionen angenommen als hier vorlagen.

Schliefslich blieb nur noch die Ichthyosis und die von Darier unter dem Namen Psorospermose folliculaire végétante und von James White als Keratosis follicularis beschriebene eigentümliche Epidermidose übrig, mit denen der fragliche Ausschlag verglichen werden konnte.

Das Auftreten der Erkrankung in den allerersten Lebenszeiten und die unmerklichen, seitdem eingetretenen Veränderungen, das Aussehen der befallenen Teile, namentlich am Handrücken sprachen so ziemlich für Ichthyosis. Allein die Lokalisation war für diese Erkrankung eine ungewöhnliche.

Und so haben wir die genaue Bestimmung der Diagnose von den Resultaten der mikroskopischen Untersuchung abhängig gemacht, und diese haben unsere Vermutung, es handle sich hier um einen Fall der Darierschen Dermatose, bestätigt.

Wir wollen jedoch nicht die Krankengeschichte verlassen, ohne über

den weiteren Verlauf unseres Falles und über die eingeleitete Behandlung zu berichten.

Die verschiedenen Körperstellen wurden mit verschiedenen Mitteln behandelt und zwar der Hals und die beiden Hände mit zehnprozentiger Resorcinsalbe, zehnprozentigem Salicylkollodium und Unnascher Sublimat-Karbolsalbe, während die übrigen Stellen vorläufig nicht behandelt wurden. Es zeigte sich hierbei die Unnasche Sublimat-Karbolsalbe am wirksamsten, das Salicylkollodium minderwertig, die Resorcinsalbe leistete am wenigsten. Am 15. Juli, also nach 14tägiger Behandlung, war der Ausschlag am Halse unter starker Ablösung der Epidermis ziemlich verschwunden. Jetzt wurden auch die Achselhöhlen, Leisten- und Nabelgegend mit Unnascher Salbe in Angriff genommen, und bei der Entlassung am 19. August war der Ausschlag überall gebessert. Die einige Tage lang nicht mehr behandelten Stellen auf den Handrücken zeigten schon wieder deutliche Efflorescenzen.

Nach der Entlassung des Patienten aus der Charité haben wir denselben fortdauernd beobachtet. Schon nach acht Tagen, während welcher Zeit keine Therapie ausgeübt wurde, waren die Erhabenheiten überall, namentlich aber in den Achselhöhlen und in den Leistenbeugen deutlich gewachsen. Auch eine Zunahme der Efflorescenzen an Zahl glauben wir mit ziemlicher Sicherheit beobachtet zu haben, besonders in der Nabelgegend, wo die befallene Hautfläche jetzt entschieden gröfser geworden ist.

Seit drei Wochen haben wir die Hände mit Einpinselungen von flüssiger alkalischer Grundseife behandelt und auch insofern gute Resultate erzielt, als durch die keratolytische Seifenwirkung die Erhabenheiten von übermäfsiger Hornbekleidung befreit werden und infolgedessen die Haut sich nicht mehr so hart und rauh anfühlt.

Vereinzelte Stellen in der Leistengegend behandeln wir mit Salicylpflastermull, andere mit einer starken Salicylpaste und, wie es scheint, mit gutem Erfolge. Wir werden jedenfalls den weiteren Verlauf dieses seltenen Krankheitsfalles verfolgen und vielleicht noch später über denselben berichten, falls er in Zukunft noch Besonderheiten bieten sollte.

Wenn wir die klinischen Merkmale des vorliegenden Falles mit den von anderen Autoren beobachteten Thatsachen vergleichen, so ergiebt sich Folgendes:

Über die Zeit des ersten Auftretens der Krankheit ist bekannt, dafs letztere in den Darierschen Fällen im 36. und 27. Lebensjahre, in den Whiteschen im 22., beziehungsweise im 5. oder 6. Lebensjahre, bei dem ersten von Boeck beobachteten Patienten im 16. Lebensjahre sich zuerst bemerkbar machte. Die Krankheitsdauer war in allen Fällen eine äufserst chronische, sich über Jahre hin erstreckende. Unser Patient macht die ganz bestimmte Angabe, dafs die Affektion von seinen nächsten Ange-

hörigen bereits in den ersten Lebenswochen bemerkt worden ist und seit dieser Zeit ohne wesentliche Veränderungen bis jetzt besteht.

Zu der Frage: ist die Krankheit erblich, oder findet eine Übertragung derselben statt? bietet unser Fall, da er vereinzelt in einer Familie dasteht, kaum einen sicheren Anhaltspunkt, wenn wir nicht etwa in der Thatsache, dafs die Mutter unseres Patienten an Karzinom gestorben ist, eine hereditäre Anlage für Wucherungsprozesse epithelialer Gebilde erblicken wollen. Sehr interessant dagegen ist die Mitteilung von WHITE, dafs der von ihm zuerst beobachtete Kranke der Vater der Patientin war, welche später mit derselben Affektion zur Behandlung kam. Es stellte sich aber hier heraus, dafs die Tochter in ihrer frühsten Kindheit von einer anderen Familie adoptiert, ihren Vater seit ihrem ersten Lebensjahre nicht gesehen hatte, während die Krankheit im 5. oder 6. Jahre aufgetreten war. Diese Thatsache würde somit mehr für eine erbliche Anlage bei dieser Krankheit, als für eine Übertragbarkeit derselben sprechen.

Auch ist es unserer Meinung nach für die Kontagiosität kein Beweis, dafs die beiden im November 1889 von BOECK in der Gesellschaft der Ärzte in Christiania vorgestellten Kranken Söhne des früher (im September 1889) vorgestellten Mannes waren (vergl. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1890. Bd. XI. S. 132, Referat von PONTOPPIDAN-Kopenhagen). Im Gegenteil, auch diese Beobachtung rechtfertigt vielmehr die Annahme einer erblichen Prädisposition, wie auch die Thatsache, dafs in 16 Jahren von Seiten unseres Patienten keine Übertragung auf seine Familienmitglieder stattgefunden hat. Und auch in dieser Hinsicht hat die Krankheit wieder einige Ähnlichkeit mit der Ichthyosis, die ebenfalls in der ersten Lebenszeit entsteht und anerkannt eine erbliche Affektion ist.

Die Prädilektionsstellen sind in unserem Falle dieselben, wie sie von den anderen Autoren angegeben werden. Auch hier sind Hals, Brust, Unterleib, Leistengegend, Achselhöhlen und Handrücken vorzugsweise befallen.

Von DARIER und WHITE ist über den Sitz der einzelnen Efflorescenzen klinisch beobachtet, dafs derselbe fast immer der erweiterten Mündung eines Haarbalges entspricht. Wir dagegen konnten schon bei makroskopischer Betrachtung beinahe ausschliefslich an diesen Stellen ein Vorkommen von Efflorescenzen nicht konstatieren.

In Bezug auf Form, Gröfse und Farbe der Effforescenzen weichen unsere Beobachtungen von denen der anderen Autoren nicht ab. Wir wollen aber hier hervorheben, dafs auch von anderer Seite das abweichende Aussehen des Ausschlages am Handrücken betont wird. Denn die einzelnen Efflorescenzen stehen hier viel dichter aneinander gedrängt, erscheinen viel flacher und erinnern hier mehr als an anderen Körperstellen an das Bild der Ichthyosis. Möglicherweise werden diese

Abweichungen zum Teil dadurch erklärt, dafs der Patient in unserem Falle als Metallschleifer schwere und harte Gegenstände anzufassen genötigt war, abgesehen von vielen anderen mechanischen, chemischen und thermischen Einwirkungen, denen gerade die unbedeckten Hände ausgesetzt sind.

Einen vom Kranken ausgehenden fauligen Geruch, wie ihn WHITE bemerkte, haben wir nicht konstatieren können.

Wirkliche Geschwulstbildung und Ausgang in Ulceration ist bei dieser Krankheit nur von DARIER beobachtet worden und zwar in dem Falle, wo die Affektion 8 Jahre lang bestand. Als Grund dieser Erscheinungen wird von DARIER die lange Dauer des Krankheitsprozesses angegeben. Von WHITE und BOECK wurden Geschwulstbildung und Ulceration nach mindestens ebenso langer Krankheitsdauer nicht wahrgenommen und auch in unserem Falle fehlen diese Erscheinungen, obwohl die Krankheit bereits 16 Jahre lang besteht. Allerdings haben wir in der Achselhöhle öfters ein Konfluieren mehrerer gröfserer Efflorescenzen beobachtet, ohne dafs aber diese Erscheinung den Namen eines Tumors hätte beanspruchen können und ohne dafs es zu Ulceration gekommen wäre.

Die trophische Veränderung der Nägel, die von BOECK konstant gefunden wurde, fehlte auch nicht in unserem Falle, wie oben beschrieben worden ist.

Ob die starke Hyperhidrosis an den Händen, Füfsen und in der Achselhöhle bei unserem Patienten eine zufällige Begleiterscheinung gewesen ist, werden weitere Beobachtungen lehren. Bis jetzt ist diese Komplikation noch nirgends erwähnt worden.

Die Erfahrung lehrt, dafs die Krankheit einer Therapie zugänglich ist. BOECK lobte auf dem Dermatologen-Kongrefs zu Paris PRIESSNITZsche Umschläge mit 1 % Höllensteinlösung; später sah er gute Erfolge von Pyrogallol in Salbenform. Wir haben bis jetzt die besten Resultate erzielt mit Sublimat, Karbol, Salicylsäure, also mit Mitteln, die gleichzeitig eine keratolytische und antiparasitäre Wirkung entfalten. Indessen sind unsere Beobachtungen über die Therapie noch nicht abgeschlossen.

Histologischer Teil.

Es scheint uns bei dem seltenen Vorkommen dieser Krankheit und bei den wenigen Untersuchungen, welche bis jetzt über dieselbe angestellt worden sind, die Thatsache erwähnenswert, dafs wir uns durch die Güte des Herrn Dr. SANTI-Bern in dem glücklichen Besitz psorospermienhaltiger Hautschuppen aus der Hand DARIERS selbst befanden. Aufserdem hat uns Herr Dr. POLLITZER-New-York Präparate, die von DARIER selbst angefertigt waren, demonstriert. Wir waren demnach in der Lage, dei

histologischen Veränderungen der fraglichen Dermatose, die Morphologie und Topographie der Psorospermien in Darierschen Präparaten mit unseren zu vergleichen und konnten uns hierbei überzeugen, dafs wir denselben Krankheitsprozefs vor uns hatten und dafs die Darierschen „Psorospermien" identisch waren mit den Gebilden eigentümlicher Art, welche von uns im Bereiche der Efflorescenzen gefunden wurden.

Zu den mikroskopischen Untersuchungen haben wir erstens die mit dem Skalpel abgekratzten Erhabenheiten verwendet. Dieselben wurden einerseits direkt in Wasser oder Glycerin auf dem Objektträger zerzupft und untersucht, andererseits haben wir sie, nach der Vorschrift Darier's, einen Tag und länger in verdünntem Ammoniak oder in Kalilauge aufgeweicht und dann erst in Wasser oder in Glycerin Zupfpräparate angefertigt. Auch Färbungen und künstliche Verdauung derselben haben wir versucht, und weiter unten werden wir des Näheren darüber berichten.

Ferner wurden dem Patienten aus verschiedenen Körperregionen und zu verschiedenen Zeiten Hautstücke excidiert, welche die fraglichen Efflorescenzen trugen. Gleich nach der Aufnahme am 1. Juli wurden zwei Stücke, das eine aus der rechten Achselhöhle, das andere aus der rechten Leistengegend entnommen, in Alkohol absolutus gehärtet, und darauf, wie auch alle später exstirpierten Stücke, in Celloidin eingebettet. Die Schnitte wurden immer mit dem Mikrotom angefertigt. Die histologischen Bilder, welche wir erhielten, entsprachen der von Darier gegebenen Beschreibung und den letzterer angefügten Abbildungen in geradezu für uns überraschender Weise. Jedoch waren die von Darier als Psorospermien beschriebenen Gebilde in diesen Stücken zwar vorhanden, aber nur in beschränkter Anzahl.

Am 15. August wurden dann aus dem linken Handrücken, der, wie wir oben erwähnt haben, gleich von Anfang an einer energischen Therapie unterzogen, dann aber einige Tage lang nicht mehr behandelt worden war, drei Hautstücke herausgeschnitten. Zwei derselben haben wir ebenfalls in Alkohol absolutus gehärtet, das dritte dagegen in Flemming'scher Lösung, um die aus ihm angefertigten Schnitte nach Flemming'scher Vorschrift mit Safranin zu behandeln. Die aus den drei Stücken gewonnenen Präparate liefsen die Spuren der stattgefundenen Therapie nicht verkennen. Die einzelnen Efflorescenzen waren hier sehr flach, die sogenannten Psorospermien in äufserst geringer Zahl anzutreffen, so dafs diese Bilder im grofsen und ganzen wenig charakteristisch waren.

Zuletzt haben wir dann noch am 30. August aus der linken Leistenbeuge zwei Stücke excidiert, welche auch wieder in Alkohol absolutus gehärtet wurden. Aus diesen haben wir die vorzüglichsten Präparate gewonnen. Die Erhabenheiten waren hier sehr grofs und ausgeprägt und

die als Psorospermien bezeichneten Gebilde in unzähligen Mengen zu konstatieren.

Obgleich über die Färbungsmethoden, welche wir angewendet haben, an anderer Stelle ausführlicher gesprochen werden muſs, so wollen wir doch hier kurz vorausschicken, daſs die Präparate zu den histologischen Untersuchungen mit Hämatoxylin, Pikrokarmin, Alaun-Cochenille (Czokor), Vesuvin, Phenosafranin, Congorot, sulfosaurem Nigrosin behandelt, daſs aufserdem Schnitte dem künstlichen Verdauungsprozesse ausgesetzt wurden und daſs wir einige von diesen letzteren noch nachträglich zu färben versucht haben.

Wenden wir uns nun zu den histologischen Befunden selbst.

Die im klinischen Teil dieser Arbeit beschriebenen Erhabenheiten stellen sich auf Schnitten, welche senkrecht zur Oberfläche der Haut geführt worden sind, mikroskopisch betrachtet als enorme, pfropfenartige Verdickungen der Hornschicht dar. Sie sind von unregelmäſsiger, im groſsen und ganzen aber kegelförmiger Gestalt und von wechselnder Gröſse. Mit ihrem oberen Teil mehr oder weniger hoch über das Niveau der Umgebung emporragend, sitzen diese Gebilde mit ihrem basalen Teil in einer Einsenkung, zu welcher sich die Reteschichten in die Cutis hinein ausgebuchtet haben. Die Ränder dieser Einsenkung sind wallartig verdickt und zwar unter gleichmäſsiger Beteiligung des Rete und der Cutis. Das Horngebilde sitzt nun zwischen diesen wallartig erhobenen Rändern fest eingeklemmt, wie der Edelstein in seiner Goldfassung. (Siehe Taf. I, Fig. 5.)

In den übrigen Hautpartieen, welche nicht im Bereiche der affizierten Stellen liegen, fallen Anhäufungen diffusen und körnigen Pigmentes auf, welches ziemlich konstant immer in der Nähe einer Efflorescenz an ganz umschriebenen Stellen der Cylinderzellenschicht zu beobachten ist, gleichsam als ob dasselbe aus dem Bereiche der pathologischen Veränderung verdrängt, sich hier nun in gröſseren Mengen angesammelt hätte. Ferner hatten wir öfters Gelegenheit zu beobachten, wie der Ausführungsgang einzelner Knäueldrüsen, nachdem derselbe die Schichten des Rete passiert hatte, sich in der basalen Hornschicht zu einer weiten Cyste ausdehnte, die, mit einem körnigen Inhalt angefüllt, keinen Ausführungsgang durch die Hornschicht hindurch nach aufsen erkennen lieſs. Die übrigen Partieen der Knäueldrüsen zeigten ein normales Verhalten ebenso wie die Haarbälge und Talgdrüsen.

Was den Sitz der einzelnen Efflorescenz anbetrifft, so haben wir uns auch durch mikroskopische Beobachtungen nicht überzeugen können, daſs die Ausführungsgänge der Haarbälge für dieselbe besonders prädisponiert seien, während Darier vorzugsweise, wenn auch nicht ausschliefslich, die

Läsion in den erweiterten Ausführungsgängen der Haarbälge konstatieren konnte.

Wenden wir uns nach dieser allgemeinen Übersicht den Veränderungen zu, welche die einzelnen Hautpartieen an den befallenen Stellen erleiden, und zwar von unten nach oben gehend, so fällt in der Cutis eine ziemlich lebhafte Infiltration durch junge Zellen auf. Dieselbe ist am dichtesten im Papillarkörper und in der Umgebung der Gefäfse und erstreckt sich an denselben entlang ziemlich weit in die Tiefe. Im Korium, namentlich aber im Papillarkörper kommt inmitten der zelligen Infiltrate, besonders häufig in nächster Umgebung der Gefäfse, Blutfarbstoff, als bräunliche Pigment-Klümpchen entweder vereinzelt oder in Haufen beieinander liegend, zuweilen auch den Infiltrationszellen eingelagert zur Beobachtung. Veränderungen an den Gefäfsendothelien konnten wir nicht bemerken. Aufser diesen Merkmalen einer mäfsigen Entzündung liefs sich in der Cutis nichts Pathologisches, speziell kein Auftreten der sporospermienartigen Gebilde nachweisen.

Im Papillarkörper nun fallen äufserst ausgedehnte und höchst merkwürdige Wachstumsanomalien auf. Seitwärts von der Efflorescenz, an den wallartigen Verdickungen, sind die Papillen sehr lang und spitz, während das Rete seinerseits zwischen dieselben bis zu ziemlicher Tiefe Epithelzapfen hineinsendet. Die einzelnen Papillen erscheinen hier gepreſst, wahrscheinlich infolge des Druckes, den sie von Seiten des kompakten Hornpflocks zu erleiden haben.

Die unmittelbar unter letzterem gelegenen Papillen zerfallen im allgemeinen hinsichtlich ihrer Form und ihres sonstigen Verhaltens in zwei Gruppen. Die einen sind nämlich im grofsen und ganzen von ziemlich regelmäfsiger, sanft abgerundeter, etwa kolbenförmiger Gestalt und nur von einer Schicht cylindrischer Retezellen bekleidet, von den übrigen Epithelschichten durch eine mehr oder weniger breite Lücke losgetrennt. Die Reihe dieser Papillen wird unterbrochen von solchen, welche von schmaler, spitzer Form viel höher in das Epithel empor dringen und sich zuweilen dendritisch in demselben verzweigen. Sie haben meistens nur an ihrem unteren Teil den Zusammenhang mit dem Rete verloren, ohne jedoch ebenfalls die cylindrische Basalschicht desselben als Bekleidung einzubüfsen. Mit ihrem oberen Ende dagegen immer in fester Verbindung mit den Epithelschichten, dringen sie aufserordentlich hoch empor. Infolgedessen bilden die Papillen letzterer Art Überbrückungen der im Rete entstandenen Lücke und können die Nahrungszufuhr zu den darüber liegenden Zellenschichten vermitteln. Ausnahmsweise stellen die langen Zapfen, welche das Rete in die Tiefe sendet, über diese Lücke hinweg den Verkehr zwischen Epidermis und Cutis her.

Diese Verhältnisse sind geradezu typisch und am häufigsten zu beobachten. Wir haben sie deshalb in Figur 1 nach der Natur abgebildet. Indessen kommen auch andere Bilder zur Beobachtung. Namentlich fällt zuweilen auf, dafs das gesamte Rete unter einem sehr tief eindringenden Hornpflock bis auf wenige Zellenreihen geschwunden ist, Verhältnisse, welche wiederum an Ichthyosis erinnern.

Wir kommen nun zu den Veränderungen im Rete. Dasselbe ist an den erkrankten Stellen gewöhnlich im ganzen verdickt. Die cylindrischen Zellen der Basalschicht zeigen auf Präparaten, die nach Flemmingscher Methode hergestellt waren, karyokinetische Figuren in grofser Menge. Die Zellen der Stachelschicht lassen keine von der Norm abweichendes Verhalten erkennen, sofern sie nicht in der Nähe der oben erwähnten Lücke gelegen sind. Denn in diesem Falle sind die Intercellularbrücken verloren gegangen, die Zellen sind in ihrem Zusammenhange gelockert, bilden nicht mehr ein regelmäfsiges Mosaik, sondern liegen wild zerworfen durcheinander, einzelne auch frei in der Lücke. Die einzelne Zelle ist hier zuweilen kleiner geworden, zuweilen ist sie auch aufgetrieben. Der Kern ist dann mit den gewöhnlichen Kernfarbstoffen wenig gut, manchmal auch gar nicht zu färben. Das Protoplasma sieht glänzend und homogen aus und die ganze Zelle erscheint oft als eine hyaline Kugel, welche sich von den „Psorospermien“ im Stadium der „grains“ Dariers schwer unterscheiden läfst, wenn man nicht Verdauungspräparate zu Hilfe nimmt. Denn während, wie wir später sehen werden, die „Psorospermien“ durch Verdauung nicht angegriffen werden, lösen sich diese Kügelchen schon nach 48 Stunden auf und charakterisieren sich dadurch als degenerierte Zellen, die mit den „grains“ nichts Gemeinschaftliches besitzen.

Abgesehen von den später zu beschreibenden „Psorospermien“, welche zuerst im Rete hin und wieder zerstreut auftreten, fallen ferner hier ausgewanderte lymphoide Zellen auf, die durch ihre kleineren Dimensionen, intensive Kernfärbung leicht kenntlich, in der Lücke und in nächster Umgebung derselben zahlreich, in den intakteren Partieen des Rete spärlicher zur Beobachtung kommen.

Die Lücke im Rete, um noch einmal auf dieselbe zurückzukommen, ist kein Kunstprodukt, etwa entstanden bei der Excision oder durch Retraktion beim Härtungsverfahren. Der Vorgang ist konstant, die Dimensionen der Lücke halten Schritt mit den übrigen pathologischen Veränderungen und in ihrer Umgebung zeigen die Retezellen stets die oben beschriebenen Entartungserscheinungen. Aufserdem haben wir die wichtige Thatsache konstatieren können, dafs sich in der Lücke neben degenerierten Retezellen und lymphoiden Zellen Fibrin in feinen Fäden angeordnet vorfindet.

Wodurch kommt denn diese Lückenbildung im Rete zustande? Ist sie etwa dadurch entstanden, dafs die Retezellen an dieser Stelle einfach durch autochtone Entartung zu Grunde gegangen sind, oder wäre es denkbar, dafs mechanische Insulte, welche den über die Oberfläche der Haut hervorragenden Hornpflock treffen, aber ohne diesem harten und widerstandsfähigen Gebilde wesentlich zu schaden vielmehr durch dasselbe in die Tiefe geleitet werden, hier nun in diesen weicheren und vulnerableren Partieen durch Druck und Zerrung eine zerstörende Wirkung ausüben? Wir meinen, dafs das Vorkommen von Fibrinfäden, von ausgewanderten lymphoiden Zellen in der Lücke und im Rete, der ausgetretene Blutfarbstoff im Korium für einen exsudativen Prozefs sprechen. Demnach würde die Lücke als eine Blase aufzufassen sein, die infolge des auf ihr lastenden Druckes von Seiten des Hornpflocks nicht zu der gewöhnlichen Rundung und Emporwölbung gelangen konnte, wie etwa bei Pemphigus, sondern nur ein mehr oder minder breiter Spalt im Rete mit zackigen Rändern geblieben ist.

Gleichzeitig besteht hier offenbar neben diesem exsudativen Prozesse ein hyperplastischer, der sich durch das Hineinwachsen der Retezapfen in das Korium, durch Karyokinese in den Basalschichten, durch die deutlichen Wucherungsvorgänge im Papillarkörper dokumentiert.

Die Körnerschicht ist im Bereiche einer Efflorescenz stellenweise breiter, stellenweise schmaler als in den normalen Partieen desselben Schnittes, zuweilen fehlt sie auch vollständig. Denn das Keratohyalin tritt an manchen Stellen schon sehr frühzeitig auf, während es andererseits, und dies ist vorzugsweise an den Stellen der Lückenbildung der Fall, überhaupt nicht zur Bildung von Keratohyalinkörnchen zu kommen scheint. Die einzelnen Zellen dieser Schicht sind meistens vergröfsert, zuweilen von solchen Dimensionen, wie wir sie bis jetzt bei keiner anderen Hautkrankheit gesehen haben. Auf vertikalen Schnitten zeigen die Zellen infolge der durch die allgemeinen Wachstumsanomalieen bedingten Verschiebungen neben ihrem charakteristischen spindelförmigen Profil zuweilen auch ihre polygonale Flächenansicht. Frühzeitig, schon wenn die ersten Keratohyalinkörnchen im Protoplasma auftreten, verliert der Zellenkern seine Tinktionsfähigkeit für Kernfarbstoffe, bewahrt sich dieselbe aber auch in hohen Zellenlagen, wenn sich kein Keratohyalin gebildet hat.

Das Eleidin, dessen Verhalten an Präparaten, die mit Kongorot,[1] sulfosaurem Nigrosin und Pikrokarmin gefärbt waren, von uns studiert wurde, war an den normalen Stellen in der gewöhnlichen Form von Tropfen und Lachen vorhanden, wie sie von einem der Verfasser bereits

[1] Über Kongorot als Eleidin färbendes Mittel, eine noch nicht veröffentlichte Erfahrung, wird nächstens Buzzi in einem Nachtrag zur Kenntnis des Eleidins berichten.

früher beschrieben worden sind (Buzzi, Keratohyalin und Eleidin, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889, Bd. VIII. S. 1—12 u. 149—163).

Im Bereiche der Efflorescenzen dagegen ist der sonst sich so regelmäfsig durch das ganze Präparat hindurch ziehende Eleidinstreifen stellenweise durch excessive Anhäufung von Tropfen und Lachen bedeutend breiter geworden, stellenweise fehlt derselbe fast gänzlich und dokumentiert durch diese Unregelmäfsigkeit die tiefen Störungen im Verhornungsprozesse. Vergleicht man das Verhalten des Eleidins mit dem des Keratohyalins, so stellt sich heraus, dafs an derselben Stelle einem gröfseren oder geringeren Gehalte der Zellen an Keratohyalin stets eine reichlichere oder spärlichere Anhäufung von Eleidin in der höheren Schicht entspricht.

Der sogenannten Psorospermien, die in der Körnerschicht schon ziemlich massenhaft vorkommen, wollen wir auch hier noch nicht weiter Erwähnung thun, sondern uns vorher zu den Strukturverhältnissen und zu der Zusammensetzung des Horngebildes wenden.

Dasselbe besteht zum grofsen Teil aus gewöhnlichen, aber in grofser Zahl hoch übereinander liegenden Hornlamellen. An der Basis finden sich öfters, unterbrochen von Streifen vollständig verhornter Substanz, gröfsere Partieen unvollständig verhornter Zellen, die sich mit Pikrokarmin noch ziemlich lebhaft rot färben und tinktionsfähige Kerne besitzen. In diesen Partieen liegen zahlreiche, gut sichtbare „Psorospermien".

Ferner unterscheiden sich von der regulären Hornsubstanz in dem Hornpflock Stellen, welche durch eine besondere Dichtigkeit und durch ein homogenes, kompakteres Aussehen auffallen. Allein bei genauer Untersuchung tritt in diesen zuerst homogen erscheinenden Massen ebenfalls eine lamellöse Anordnung zu Tage. Nur verlaufen die einzelnen Lamellen äufserst unregelmäfsig und liegen so eng aufeinander, dafs jenes kompakte Aussehen entsteht, welches der übrigen Hornschicht nicht eigen ist. Mit Pikrokarmin färbt sich diese Substanz tiefgelb, durch den künstlichen Verdauungsprozefs löst sie sich auf in unzählige Zellen von polygonaler Form, die kernlos sind und einen intakten Zellenmantel besitzen, und charakterisiert sich dadurch genug als Hornsubstanz.

Inmitten dieser homogenen Partieen, aber auch vereinzelt zwischen den regulären Hornlamellen, kommen etagenweise übereinander angeordnet Einsprengungen von Massen vor, innerhalb deren bei Färbung mit Hämatoxylin grofse Mengen intensiv gefärbter Zellenkerne und bei anderen Präparationsverfahren unzählige „Psorospermien" zum Vorschein kommen. Letztere sind auch in grofser Anzahl in der homogenen Hornsubstanz eingelagert. Keineswegs aber haben wir uns mit Darier überzeugen können, dafs letztere sowohl wie die eingesprengten Haufen, welche färbbare Zellenkerne enthalten, lediglich aus Anhäufungen von „Psorospermien," die hier

unter der Form von „grains“ auftreten, zusammengesetzt seien, sondern wir vertreten auf Grund unserer Präparate die Ansicht, dafs der Hauptbestandteil dieser Partieen mehr oder weniger vollständig verhornte Zellen sind.

Im allgemeinen sind somit unsere histologischen Bilder äufserst charakteristisch; sie tragen ein auffallend einheitliches Gepräge und entsprechen, wie auch diejenigen Bowens, der klassischen Darstellung Dariers in so vollkommener Weise, dafs wir nur einige wenige Abweichungen zu erwähnen haben.

Die Lückenbildung, die zuerst von Boeck beobachtet worden ist (loc. cit.), finden wir zwar auf den der Darierschen Arbeit angefügten Tafeln angedeutet und in der Erklärung zu denselben als „épiderme qui est désagrégé“ bezeichnet, im Text selbst dagegen ist von dieser eigentümlichen Erscheinung nicht weiter die Rede. Auch Bowen thut derselben in seiner histologischen Darstellung nicht Erwähnung.

Darier hat das stellenweise Fehlen der Körnerschicht beobachtet, Bowen aber hat erst die Aufmerksamkeit auf die Hyperkeratose gelenkt, die unsere Beobachtungen bestätigen und die gleichzeitig mit einer Parakeratose aus dem in der Tiefe schon einsetzenden hyperplastischen Prozesse resultiert.

Wenn wir — ohne die Psorospermien zu berücksichtigen, von denen im Folgenden gehandelt werden wird — noch einmal alles kurz zusammenfassen, so finden wir, dafs es sich offenbar hier um einen hyperplastischen Prozefs handelt, der in der Cutis von mäfsiger Intensität ist und nur mit leichter Exsudation und Wucherung einhergeht, in der Epidermis dagegen durch viel mächtigere Erscheinungen, nämlich Wucherung und partielle Entartung des Rete, Hyperkeratose und Parakeratose in den höheren Schichten gekennzeichnet ist.

(Schlufs folgt.)

Xanthoma diabeticorum und seine Verwandtschaft mit gewöhnlichem Xanthom.

Von

Dr. A. R. Robinson
aus New-York.

Vortrag, gehalten in der XIII. Sektion für Dermatologie und Syphilidologie des X. Internationalen medizinischen Kongresses zu Berlin.

Der Name Lichen diabeticus Xanthoma tuberosum oder Xanthoma diabeticorum wurde von verschiedenen Autoren einer Eruption, welche in Verbindung mit Diabetes mellitus von ihnen beobachtet worden ist, beigelegt; eine Eruption, die, was Aussehen, Verteilung und Verlauf betrifft, ziemlich charakteristische Eigenschaften aufweist. Die Anzahl der bisher berichteten Fälle erreicht höchstens zehn, und von diesen ist beinahe von allen die Geschichte unvollständig; auch wurden nur in zwei Fällen mikroskopische Untersuchungen der Läsionen angestellt, während von dem ausführlich berichteten Falle, nämlich dem von Malcolm Morris, nur eine kurze Beschreibung der histologischen Befunde gegeben wird. Ferner besteht in gewissen Punkten eine Divergenz der Aussagen zwischen Dr. Morris und Dr. Crocker, welch letzterer auch die Schnitte von dem Falle von Dr. Morris untersuchte.

Nachdem ich während der letzten 16 Monate ein klassisches Beispiel der Krankheit unter meiner Beobachtung gehabt und die Eruption in diesem Falle sowohl klinisch als mikroskopisch studiert habe, erlaube ich mir, Ihnen in der kürzesten Weise das Resultat der Beobachtungen vorzulegen und den gefundenen pathologischen Prozefs mit dem beim gewöhnlichen Xanthoma beobachteten, zu vergleichen, indem ich mir für eine künftige Veröffentlichung sowohl eine genaue Darstellung aller, in der Haut vorkommenden und beobachteten Veränderungen als auch eine Diskussion anderer interessanter Fragen vorbehalte, denn eine solche Abhandlung dieses Gegenstandes würde gegenwärtig zu viele Zeit beanspruchen.

Aus den veröffentlichten Fällen geht hervor, dafs die Eruption zuerst auf den Streckseiten der Extremitäten, besonders auf der des Vorderarmes und beinahe plötzlich erscheint, und nachher sich über die andern Teile des Körpers entweder durch fortgesetzte oder intermittierende Entwickelung neuer Läsionen verbreitet. Die Anzahl der vorhandenen Läsionen variiert in verschiedenen Fällen von einigen wenigen bis auf mehrere

Hunderte. Am gewöhnlichsten kommen sie an den Ellbogen nnd Knieen vor, doch können sie auch an anderen Teilen des Körpers der Hautoberfläche, besonders an den Hinterbacken erscheinen, wie bei meinem Falle, oder an der Schleimhaut des Mundes.

Auf den Augenlidern sind sie noch nicht beobachtet worden, es sei denn, daſs man einen von Besnier erwähnten Fall als ein Beispiel der Krankheit anerkennt.

Nachdem der Ausschlag Monate oder Jahre lang gedauert hat, fängt derselbe an rückgängig zu werden, um dann gewöhnlich ziemlich plötzlich zu verschwinden. Meistens läſst er nach der Involution keine Spuren zurück, doch folgen nach einigen der Efflorescenzen hypertrophisches Narbengewebe oder Atrophie.

Ihrer Entstehung gehen keine besonderen subjektiven Symptome vorher; nachdem sie jedoch völlig entwickelt sind, stellt sich im allgemeinen ein Jucken oder schmerzhaftes Gefühl und Empfindlichkeit beim Druck in den affizierten Teilen ein. Die Läsionen sind knötchenartig, variieren an Umfang von einem kleinen Stecknadelknopf zu dem einer Erbse oder werden sogar noch gröſser, sie sind über der allgemeinen Oberfläche erhaben, auſser wenn sie in der Handfläche oder an den Fuſssohlen sitzen, sie sind von fester Konsistenz, scharf begrenzt, konisch oder rundlich, oder unregelmäſsig, kegelförmig und gewöhnlich disseminiert; doch manchmal, besonders an den Ellbogen, konfluirend. Wenn die Knötchen sehr klein sind, erscheinen sie rötlich, zeigen aber, sobald sie gedrückt werden, gewöhnlich eine tief im centralen Teil der Läsion liegende, gelbliche Färbung, während der peripherische Teil rot ist. In den gröſseren Knötchen erscheint im Mittelpunkt die gelbe Farbe scharf markiert, während der peripherische Teil von rötlicher Farbe ist, und über jene laufend, dilatierte Kapillaren gesehen werden können. Der Beobachter kann durch den gelblichen Mittelpunkt leicht auf die Idee verfallen, daſs an einer solchen Stelle ein suppurativer Prozeſs bestehe, jedoch wird ein Einschnitt in das Knötchen eine feste Konsistenz, wie die eines Fibroms zeigen.

Diabetes mellitus war in allen unbestreitbaren Fällen dieser Eruption, ausgenommen bei zweien, gleichzeitig vorhanden. In dem einen davon ging die Eruption dem Diabetes voran, in dem andern machte Besnier die Diagnose von künftigem Diabetes mellitus, da der Patient fett und sein Vater von fortgeschrittenem Diabetes mellitus befallen war und es nur als eine Frage der Zeit, wann der Patient Diabetes bekommen würde, betrachtet werden müsse.

Die Eruption unterscheidet sich vom klinischen Standpunkt aus von jener des gewöhnlichen Xanthoms durch die plötzliche Entwicklung und rasche Involution der Läsionen, da besagte Involution früher oder später bei allen Fällen vorkommt, während das Xanthom langsam sich ent-

wickelt, und seine Involution, wenn noch so wenige Geschwülste vorhanden sind, nur sehr selten beobachtet wird.

Die Knötchen bei dieser Krankheit sind stets fest und hart, während beim Xanthom dieselben, ausgenommen bei grofsen Geschwülsten, welche mehr oder weniger, besonders nach einer langen Dauer ihres Bestehens, fest sein mögen, weich sind. Sie erscheinen nicht in Form von Flecken oder Streifen an den Biegungen der Handflächen und Fufssohlen, wie nicht selten beim Xanthom beobachtet worden ist. Die gelbe Farbe kann fehlen, und wenn sie vorhanden, nimmt sie nur den mittleren Teil des Knötchens ein, während beim Xanthom immer etwas gelbliche Farbe besteht und die ganze Region, so zu sagen, von eintöniger Farbe ist. Der Fall von Köbner mag eine Ausnahme von dem, was das Vorhandensein der gelben Farbe betrifft, sein. In keinem der Fälle war Gelbsucht vorhanden, während sie bei Xanthoma tuberosum multiplex sehr allgemein vorkommt.

Mit Ausnahme des schon erwähnten und von Besnier berichteten Falles war Diabetes mellitus bei all den bisher berichteten Fällen vorhanden; beim Xanthom ist dieser Zustand nicht beobachtet worden. Wo Haarfollikel bestehen, erscheinen im allgemeinen die Efflorescenzen daselbst, während beim Xanthom diese Verteilung nicht beobachtet wird.

Die Eruption kommt besonders an dem Körper und den Extremitäten vor und ist in der palpebralen Region nicht vorhanden, jedoch berichtet Besnier in jenem Falle von nur einem palpebralen Flecken. Dieses jedoch zeigt kaum eine Verwandtschaft zwischen beiden Dermatosen an, da ein einzelner flacher Fleck in dieser Region mit der sonst konstanten Topographie dieser Krankheit kaum vereinbar ist.

Ob bei dieser Krankheit mehr als beim Xanthom die zur Mundschleimhautregion gehörigen Läsionen häufiger vorkommen, mufs der zukünftigen Statistik überlassen werden.

Barlow (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1888, Bd. VII. S. 1172) beschreibt einen Fall, bei welchem die Eruption von ähnlicher Beschaffenheit, was Form, Konsistenz und Art und Weise des Wachstums betrifft, wie jene bei Xanthoma diabeticorum bestand, aber die Pigmentation fehlte. Er betrachtet die Pigmentation als nur zufällig und nicht wesentlich und hält den Namen ungeeignet für diese Gruppe. Immerhin mag dieser Fall als zweifelhaft betrachtet werden, indem die Eruption nur am Körper und nicht an den Extremitäten oder im Gesicht vorhanden war, und daher schwerlich als Beispiel für diese Krankheit gehalten werden dürfte; wiewohl bei dem Falle von Addison auch einige glänzende farblose Knötchen bestanden.

Dieses sind nun die klinischen Verschiedenenheiten und Ähnlichkeiten zwischen gewöhnlichem Xanthom und dem sogenannten Xantohma

diabeticorum, und die Autoren, welche die Krankheit studiert haben, sind noch immer, was die Existenz oder Nicht-Existenz einer Verwandtschaft oder Identität zwischen beiden betrifft, geteilter Meinung. Wir wollen nun sehen, wie weit ein Überblick der beschriebenen vorhandenen anatomischen Veränderungen in den zwei mikroskopisch untersuchten Fällen zur Entscheidung dieser Frage wird helfen können. Besnier (Réunion clinique hebdomadaire des Médecins de l'Hopital St. Louis, 7. März 1889) (*Annales de Derm. et Syph.* 1889, No. 5) betrachtet es als festgestellt, dafs nach der anatomischen Veränderung die Krankheit ein Xanthom und nicht ein Xanthomoid ist und dafs die objektiven Charaktere der kutanen Veränderungen jenen von andern Varietäten der Krankheit, welche, wie er glaubt, viel mehr variieren als im allgemeinen angenommen wird, ähnlich sind. Andere betrachten sie als verschieden beschaffen und halten auch die Benennung Xanthom für ungeeignet. Was die kutanen Veränderungen betrifft, so sind sie, so weit ich sehe, nur in den Fällen von Malcolm Morris und Bristowe studiert worden, und eine kurze Betrachtung der histologischen Veränderungen in jenen zwei Fällen mufs gewifs zu einer der Besnierschen entgegengesetzten Ansicht führen, denn die als vorhanden beschriebenen Veränderungen stimmen nicht mit jenen beim Xanthoma planum oder tuberosum überein.

Bei dem von Bristowe (*Path. trans.* Vol. XVII, 1866) beobachteten Falle erwies sich ein ausgeschnittenes Knötchen als aus dichtem Bindegewebe bestehend und mit Fetttropfen durchsetzt, deren Anzahl und Lage in den untersuchten Stellen variierte. Diese Beschreibung wird hinsichtlich ihrer Kürze uns kaum in Betreff der intimen Struktur der Knötchen besonders aufklären. In dem von Malcolm Morris beobachteten Falle ist die Beschreibung etwas ausführlicher aber kaum so genau, als wünschenswert wäre.

In den recenten Knötchen bestanden ovale und spindelförmige Zellen in einem leicht fibrillären Bindegewebe. Die centralen Teile der Knötchen färbten sich weniger dunkel als der Rand und hatten ein granulöses Aussehen, in welchem unbestimmte Umrisse von Zellen und Fasern gesehen wurden. Die Epidermis und Papillarschicht waren nicht ergriffen. Es war kein Beweis vorhanden, dafs die Affektion in den Regionen der Talgdrüsen, Schweifsdrüsen, Haarfollikel oder Blutgefäfse begonnen hatte. Auch waren keine Blutgefäfse am Lebenden gesehen worden. In dem Korium jedoch, von dem Klümpchen getrennt, befand sich ein Netzwerk mit einer Ansammlung von runden und ovalen Zellen um die Gefäfse herum. Diese dilatierten Gefäfse spielen nach der Meinung dieses Beobachters eine wichtige Rolle bei der Verbreitung des Prozesses.

Crockers Bericht über denselben Fall (*Diseases of the Skin*, 1888) stimmt mit dem vorhergehenden nicht ganz überein. Er fand die Ver-

änderungen in der Epidermis unbedeutend, es waren kleine nach unten gehende Verlängerungen der interpapillären Epithelzapfen zu bemerken; einige der Papillen waren erweitert, einige obliteriert. Es befanden sich auch Ansammlungen runder und ovaler Zellen um die Gefäfse in dem mittleren und oberen Teil des Koriums, und auch in einigen Teilen zwischen den Läppchen einer Talgdrüse und um den Knäueldrüsenausführungsgang herum. Die Zellen, welche diese Massen bilden, waren rund, oval oder spindelförmig und augenscheinlich einer fibrillären Umwandlung unterworfen. Es gelang Dr. CROCKER nicht, die für Xanthom charakteristische Degeneration nachzuweisen. Viele von den Blutgefäfsen und Lymphgängen waren dilatiert. Der gelbe Punkt in den Knötchen wurde durch die Schnitte nicht erklärt; daher glaubt er, dafs dieser Punkt in der Hornschicht lag, und wahrscheinlicherweise während der Bereitung der Schnitte abgefallen war. Ich stimme, wie ich später zeigen werde, in diesem Punkte durchaus nicht mit CROCKER überein. Hier wünsche ich nur zu bemerken, dafs obige Beschreibung BESNIERS Aussage, dafs die kutanen Veränderungen jenen, welche im gewöhnlichen Xanthom vor kommen, ähnlich seien, nicht unterstützt, sondern CROCKERS Aussage, „dafs die mikroskopischen Charaktere nicht die charakteristischen und konstanten des gewöhnlichen Xanthoms" seien, bestätigt.

Ich werde nun die Geschichte des von mir beobachteten Falles, die Resultate meiner mikroskopischen Studien mehrerer Knötchen vorlegen. Es wird daraus zur Evidenz hervorgehen, dafs die Eruption eine typische von Xanthoma diabeticorum war, und keine Frage der Diagnose existieren konnte, obwohl ich — mit der Litteratur des Gegenstandes nicht vertraut — ihn, als der Fall das erste Mal unter meine Beobachtung kam, nicht erkannt habe.

JOHN H., in den Vereinigten Staaten geboren, 31 Jahre alt. Bei seinen Eltern kam kein Fall von Hautkrankheit vor und beide wurden als gesunde Leute betrachtet. Der Vater starb an Lungenentzündung im Alter von 67 Jahren, und die Mutter an irgend einer Unterleibskrankheit, im Alter von 58 Jahren. Er hatte zwei Brüder und zwei Schwestern, der eine Bruder starb jung an Scharlach, der andere ist gesund. Beide Schwestern sind verheiratet und auch gesund. Mein Patient hatte die gewöhnlichen infektiösen Kinderkrankheiten, wie Masern, Scharlach etc., doch seitdem, sagte er, „war er keinen Tag krank". Er ist grofs, gut gebaut, hat vielleicht im Vergleich mit dem Muskelsystem zu viel Fettgewebe. Untersuchung von Lungen und Herz zeigt beide normal. Auch die Leber ist normal, was ihre Gröfse betrifft, und es sind keine Anzeichen von Gelbsucht vorhanden; auch bezeugt der Patient, nie Gelbsucht gehabt zu haben. Seine Hautfarbe ist auch normal. Er erfreut sich eines vortrefflichen Appetites, und sein Stuhlgang ist regelmäfsig.

Er hat niemals an Unverdaulichkeit gelitten, noch hatte er jemals einen sogenannten biliösen Anfall. Seine Geschlechtsteile sind normal, und die geschlechtliche Kapazität und Neigungen sind nicht im geringsten vermindert. Er war immer sehr durstig seit längerer Zeit, so zwar, dafs er, wie er glaubt, alle 24 Stunden ungefähr eine Gallon Wasser trank. Im ganzen fühlte er sich so wohl, dafs, den Ausschlag genommen, er nicht glauben wollte krank zu sein, bis ich ihn im April 1889 untersuchte und ihm erklärte, dafs er Diabetes mellitus habe. Er hatte niemals Furunkeln gehabt.

Im Januar 1889 bemerkte er zuerst den Ausschlag auf seiner Haut. Anfänglich erschien dieser an dem Gesäfs und an den Lendenregionen und belief sich nur auf 20—30 Läsionen, als er zuerst darauf aufmerksam wurde. Von jener Zeit nahmen die Effloreseenzen nach und nach an Zahl durch eine stufenweise Vermehrung bedeutend zu. Zunächst vermehrten sie sich an den Streckflächen des Vorderarmes, besonders um den Ellbogen herum, dann auf der Streckfläche des Schenkels, dann an der Wade, am Bein und endlich in begrenzter Anzahl an den übrigen Teilen der kutanen Oberfläche, mit Ausnahme der Kopfhaut. Die Mundschleimhaut blieb frei, und es waren auch keine Effloreseenzen auf dem Penis. Zwischen der Nasenwurzel und dem inneren Ende der linken Augenbraue befand sich eine einzelne papulöse Läsion von der Gröfse eines Stecknadelkopfes. Auch an den Handflächen und Fufssohlen waren einige undeutliche Läsionen, die nur unter dem Fingerdruck und auch dann kaum zu bemerken waren. Als die Eruption, was die Verbreitung betrifft, vollkommen entwickelt war, — ein Zustand, der ungefähr vier Monate vom Beginne der Krankheit dauerte, — waren viele Hunderte von Papeln, hauptsächlich in den Gesäfs- und Lendenregionen, an den Streckoberflächen des Oberarms, an den Vorderoberflächen der Beine und an den Waden vorhanden. Auch befanden sich viele zerstreute Läsionen an dem übrigen Teil des Rumpfes und den Extremitäten.

Dem Ausbruch der Eruption gingen keine subjektiven Symptome irgendwie vorher, doch als sie vollkommen entwickelt war, verursachte die Berührung der Haut ein brennendes Gefühl, welches durch mehrere Stunden dauerte.

Zeitweise juckte die Haut sehr stark, und manchmal nur wenig. Er schlief gut, nur beim Umwenden im Bette fühlte er Schmerz und er wurde dann unruhig. Nach irgend einer Bewegung wurde er, besonders in den Beinen, leicht müde. Viele der Läsionen sind gruppenweise verteilt, doch im allgemeinen kann man sagen, dafs keine specielle Anordnung in Gruppen oder Linien zu beobachten war.

An den Ellbogen und Hinterbacken war die Gruppierung am meisten ausgesprochen, und an den ersteren entstanden Plaques durch Zusammen-

fiefsen von vielen Efflorescenzen. Die Läsionen variierten an Gröfse von einem Stecknadelkopf zu jener einer grofsen Erbse, alle waren fest, scharf begrenzt, über der allgemeinen Oberfläche erhaben und hatten ihren Sitz augenscheinlich im Korium. Die Mehrzahl davon war an den Haarfollikeln gelegen. Die kleinen stecknadelkopfgrofsen Läsionen waren konisch oder gespitzt und infolge kapillarer Hyperämie rötlich. Die Röte verschwand zeitweise unter einem Druck, und die Knötchen erschienen dann im Centrum gelblich mit einer leichten Röte in dem peripherischen Teil. An allen diesen kleinen und daher frischen Läsionen war diese gelbe Farbe entweder undeutlich oder unsichtbar, konnte aber durch Drücken hervorgerufen werden.

Die gröfseren Läsionen waren mehr erhaben und ihre Form nicht so konisch, sondern an der Spitze von glatter, ebener oder unebener Oberfläche, etwas abgerundet und wieder andere waren stumpf oder ganz abgeplattet, jedoch in keinem Falle den nicht erhabenen flachen Läsionen von Xanthoma planum ähnlich, da sie beständig über der allgemeinen Oberfläche erhaben waren. Die Unebenheit der Oberfläche in einigen davon war durch kleine Furchen, welche über die Läsionen hinwegzogen und in welchen Kapillargefäfse lagen, verursacht. Durch die Menge jener Furchen und dadurch erzeugte Einteilung der Oberfläche in Felder, besonders sobald die Läsion erbsengrofs war — ein Tuberkel eigentlich — konnte dieselbe den Eindruck machen, als wäre sie aus mehreren kleinen koalescierten Knötchen, jedes mit seinem kleinen gelblichen Punkt im Centrum und roter Peripherie zusammengesetzt.

Die gelbe Farbe der gröfseren sowie der kleineren Läsionen erschien erst dann deutlich, sobald die Röte durch Drücken entfernt wurde; bei den meisten jedoch war der mittlere Teil gelblich aufser da, wo sie durch jene oben erwähnten Furchen mit ihren Blutgefäfsen gekreuzt wurden. Die eigentümliche gelbe Färbung von vielen der Läsionen mit der roten Peripherie boten ein einem Eiterungsprozefs gleichendes Bild, doch die Tumoren waren immer fest an Konsistenz, wie beim Betasten oder Einschneiden ersichtlich wurde.

Dieses trügerische Aussehen zeigt sich vortrefflich in den Abbildungen (Vgl. *Int. Atlas selt. Hautkrankh.* Taf. XIII. Hamburg 1890. Leopold Voss.), während die stark vergröfserten Läsionen in den anderen Abbildungen die Furchen und die einzelnen Tuberkel, welche die Koalescenz zweier oder mehrerer Knötchen scheinbar erzeugt, darstellen. Die kleinsten neu entstandenen Efflorescenzen gleichen sehr, was Farbe, Form und Lage betrifft, einem follikulären Ekzem in einem frühen Stadium, doch die Röte ist weniger hell, und die seröse Ansammlung fehlt.

Der Urin wurde im April, Mai und Juni vorigen Jahres untersucht. Im April war kein Eiweifs, jedoch 5 % Zucker vorhanden. Ich ver-

ordnete Milchdiät, Fleisch und Grahambrot und als Medikament sieben Tropfen Solutio Fowleri, dreimal des Tages zu nehmen. Nach dem Verlaufe von drei Wochen fing die Hautkrankheit zu verschwinden an, und es bildeten sich nach dieser Zeit keine neuen Efflorescenzen mehr. Im Novbr. war die Eruption ganz verschwunden, nur die Haut blieb während einiger Zeit, da, wo die gröfseren Läsionen gelegen waren, ein wenig rot. Die zuerst verschwindende Läsion war die nahe der Augenbraue gelegene, jedoch ist es wahrscheinlich, dafs der Patient nur glaubte, es sei die erste gewesen, weil sie isoliert und leicht zu sehen war.

Am 29. Mai, während er noch unter beschränkter Diät war, und zu einer Zeit, wo die Eruption zu verschwinden begann, wurde der Urin von Dr. P. C. Cole sorgfältig untersucht, dessen Bericht folgender war: Farbe rehbraun; Geruch schwach und nicht charakteristisch; Reaktion stark säuerlich; specifisches Gewicht 1034; kein Eiweifs; Zucker 0,854; Quantität und Aussehen des Niederschlages ungefähr $^1/_{20}$, hell rehbraun; Krystalle, harnsaure Salze, Harnsäure. Der Patient wurde nicht mehr beschränkter Diät unterzogen, und am 2. Juni wurde sein Urin abermals von Dr. Cole mit den folgenden Resultaten untersucht: Farbe strohgelb, kein Geruch; Reaktion leicht säuerlich; specifisches Gewicht 1036; kein Eiweifs; Zucker 5 %; Quantitäten und allgemeines Aussehen des Niederschlages leicht und glänzend; harnsaure Krystalle.

Aus dieser Untersuchung geht hervor, dafs die Quantität Zucker, als der Patient nicht unter beschränkter Diät war, sehr grofs gewesen sein mufste, immerhin fuhr die Eruption nach und nach zu verschwinden fort. Nach dieser Zeit mufste er sich wieder bis November einer strengeren Diät unterziehen, zu welcher Zeit der Ausschlag ganz verschwunden war. Das einzige Medikament, was er zu nehmen hatte, war wieder Solutio Fowleri, welches er bis Januar dieses Jahres fortgenommen hatte. Nachdem die Eruption verschwunden war, untersuchte ich wieder den Urin und fand keinen Zucker.

Im Februar dieses Jahres, während er unter unbeschränkter Diät und kein Arsenik nahm, erschien die Eruption wieder, und dieses Mal an der Streckseite des Vorderarmes, wo eine bedeutende Anzahl Läsionen entstanden waren, jedoch nur da und nirgends sonst am Körper. Es gingen dem neuen Anfalle keine subjektiven Symptome voran, noch folgten solche. Die Diät wurde wieder wie früher beschränkt und wieder Arsenik gegeben wie vorher, und in einem Monat verschwand die Eruption abermals. Er nahm noch zwei Monate hindurch Arsenik.

Gegenwärtig (Juli) ist durchaus kein Ausschlag an dem ganzen Körper zu sehen. Bei genauer Untersuchung kann die frühere Lage vieler Läsionen, besonders auf den Hinterbacken, durch das Vorhandensein

eines schwach hypertrophischen Narbengewebes leicht gefunden werden während die Haut an anderen Teilen vollkommen normal erscheint.

Eine von Dr. Cole gemachte Untersuchung des Urins gibt folgendes Resultat. Farbe bernsteingleich; kein Geruch; Reaktion sauer; specifisches Gewicht 1033; Zucker 2,5 %; Quantität und allgemeines Aussehen des Niederschlages $^1/_{24}$ an Volumen, blasser Farbe. Oxalsaurer Kalk in grofser Menge.

Histologie. Acht Efflorescenzen, vier kleine und vier grofse, wurden aus verschiedenen Teilen entnommen, und in Alkohol, Müllersche Flüssigkeit, Osmiumsäure oder Goldchloridlösung gelegt und mikroskopisch untersucht. Die in Gold gelegten Präparate waren, sozusagen mifslungen, die besten waren jene in Müllerscher Flüssigkeit gehärteten. Die meisten Schnitte wurden vorerst in Glycerin untersucht und dann alsdann mit verschiedenen Reagentien, Indulin, Vesuvin, Boraxkarmin, Gentianaviolett Hämatoxylin und Eosin, Methylenblau gefärbt. Die doppelte Färbung mit Boraxkarmin und Hämatoxylin und Eosin, Indulin und Vesuvin, wurde häufig angewendet unnd einige vorzügliche Präparate sind erzielt worden. Nachträglich wurden sie in Glycerin oder Canadabalsam auf die gewöhnliche Art eingebettet und aufbewahrt.

Schnitt eines in einer Haarfollikel-Area gelegenen rischen stecknadelkopfgrofsen Knötchens. Hornschicht normal; Körnerschicht vorhanden und normal, Stachelschicht an Aussehen normal, mit Ausnahme einer zufällig aufgeblähten Zelle; Papillarschicht des Koriums an Gröfse unverändert; die Kapillaren zeigen durch den ganzen Schnitt Dilatation mit Endothelvergröfserung und perivaskulärer Zellenansammlung; zwischen der perivaskulären Region und der Stachelschicht einige Lymphkörperchen; sonst ist diese Region normal. Korium: Der centrale Teil des Schnittes, welcher den Sitz der Neubildung einschliefst, zeigt die Bindegewebsbündel, dem Anscheine nach normal, doch durch Zellen, welche in den interfascikulären Lymphräumen liegen, in kleinere Bündel getrennt. Diese Zellenansammlung ist im mittleren Teil des Koriums am gröfsten und besteht aus Zellen, die an Form, Gröfse und Aussehen verschieden sind, teils gewöhnlichen Lymphkörperchen ähnlich, teils oval mit einem deutlichen Kern, teils spindelförmig, während andere von epithelioiden Charakter sind. Diese verschiedenen Formen kann man mit einander in naher Berührung, in denselben Lymphräumen liegen sehen. Die grofsen epithelähnlichen Zellen sind mehr oder weniger in Gruppen beisammen, haben einen deutlichen Kern und einen grofsen Zellkörper von entschieden körnigem Aussehen. An einigen Stellen ist das Bindegewebsbündel, indem es jene neuen Elemente trennt, bis auf einige Fasern reduziert. Sobald man dem Rande der die Zellen enthaltenden Area näher kommt, scheinen diese entweder aus lymph-

ähnlichen Körpern oder kleinen spindelförmigen vergrößerten Bindegewebskörperchen zu bestehen. Das Knötchen war, da die Zelleninfiltration und Ansammlung nach und nach aufhörte, nicht scharf begrenzt.

Außerhalb dieser Zellenansammlung bestand eine Blutgefäßdilatation mit etwas Rundzelleninfiltration herum. In einem centralen Schnitte desselben Tumors nahm ein Haar samt seiner normalen Wurzelscheide das Centrum ein. Im Mittelpunkt des Koriums, an einer Seite des Haars und in nächster Nähe davon, in der Gegend einer kleinen Talgdrüse und ungefähr eine ähnliche Area einnehmend, befand sich eine mehr oder weniger scharf ausgeprägte Region, welche Bindegewebe, mit in allen Richtungen kreuzenden Bündeln, und eine große Anzahl von verschiedenartig gestaltet aussehender Zellen enthielt. In dem Mittelpunkt dieser Area erschien eine Stelle von degeneriertem Gewebe ohne definitive Form oder Struktur, durchsichtiger als das umgebende Gewebe, und sah aus, als wäre es ein fettig degeneriertes Gewebe; es färbte sich nicht mit den Reagentien. Außerhalb derselben, besonders in ihrem äußeren Teile, war eine Ansammlung großer, scharf begrenzter Zellen mit großem Zellkörper und Kern. Dieser färbte sich, während der Zellkörper vom fettig granulösem Aussehen war und das Ganze mit den Zellen, die als Xanthomzellen bekannt sind, übereinstimmte. Gegen den Haarfollikel zu waren mehr runde und spindelförmige als epithelioide Zellen vorhanden, die sich dunkler färbten. Zwischen der central degenerierten Area und der Xanthom-Zellenlage befand sich eine Menge von undeutlich ausgeprägten, Xanthom ähnlichen Zellen oder einfache Kerne. Einige von den Xanthom ähnlichen Zellen enthielten Pigment. Die Xanthom ähnlichen Zellen waren entweder in Gruppen oder durch kleine Bindegewebsbündel getrennt. Außerhalb dieser Area waren in den Lymphgängen Ansammlungen an zerstreuten Stellen von diesen gleichartigen runden, spindelförmigen oder epithelioiden Zellen vorhanden. Auf der anderen Seite des Haarfollikels war eine weniger markierte Area von degeneriertem Gewebe und Xanthom ähnlichen Zellen, während die Ansammlung runder und spindelförmiger Zellen über die ganze Tiefe des Koriums sich erstreckte.

Außerhalb dieses perifollikulären Herdes waren die Blutgefäße eine ziemlich weite Strecke entlang dilatiert und von gewöhnlicher Rundzelleninfiltration umgeben. In einem horizontalen, subpapillaren Gefäße war nahe dem Haare eine dichte Ansammlung von Blutkörperchen, dunkelbraun gefärbt; eine ähnliche Pigmentation war in einigen papillaren Gefäßen und in einigen im Korium gelegenen. Überall waren deutliche Zeichen von Bindegewebskörperchenproliferation und Rundzelleninfiltration. Bei einem Schnitte von ungefähr derselben Größe, durch welchen ein ein Haar lief, wurde um das Haar herum ein ähnlicher Zustand beobachtet, nur daß die Area von fettig degeneriertem und formlosem Ge-

webe viel gröfser war, wie auch die Rundzellinfiltration aufserhalb derselben. In diesem Tumor bildete sich, nicht weit vom Haare entfernt, einer jener fettig degenerierten Herde; ein Blutgefäfs, um welches einige rund- und spindelförmige Zellen sich lagerten, ging durch deren Centrum. Aufserhalb davon lag die formlose, degenerierte Gewebszone und wieder aufserhalb dieser eine unregelmäfsige Ansammlung von Xanthom ähnlichen Zellen, samt runden und spindelförmigen Körperchen. Die Blutgefäfse des oberen Koriums waren, in einiger Entfernung von dem Tumor und durch normal aussehende Gewebe von demselben getrennt, dilatiert und mit üppiger Rundzelleninfiltration umgeben.

Bei einem anderen Schnitte, worin zwei Haarfollikel sich befanden, nahm die Tumorformation dieselbe Lage im Korium ein, besonders nach unten scharf begrenzt und beinahe ausschliefslich aus Xanthom ähnlichen Zellen, welche in einem spärlichen Bindegewebe lagen, bestehend. An einigen Stellen konnte eine beginnende Degeneration sowohl der Zellen als des Bindegewebes gesehen werden. Ein Blutgefäfs, tief pigmentierte und teilweise degenerierte weifse Blutkörperchen enthaltend, lag nahe dem Centrum des Tumors. Viele der Xanthom ähnlichen Zellen waren in dem centralen Teil des Tumors sowohl als in der peripherischen auch pigmentiert. An der Basis und dem Rande des Tumors waren runde und spindelförmige Körperchen vorhanden. Aufserhalb derselben und besonders in der horizontalen subpapillaren Schicht bestand eine deutliche Dilatation der Blutgefäfse und eine markierte Rundzelleninfiltration.

In den gröfseren Tumoren waren dieselben Elemente zu sehen. In dem Mafse, wie die Knötchen zunehmen, wird das umgebende Gewebe mit runden, spindelförmigen und Xanthom ähnlichen Zellen, welche in den Lymphräumen liegen, infiltriert. Die Herde von entarteten, zerfallenen Geweben nehmen an Gröfse durch die Degeneration aller vorhandenen Elemente zu, und zwar so, dafs im Mittelpunkt eines solchen Herdes nichts gesehen werden kann als eine hier und da durch elastische Fasern durchkreuzte, formlose granulöse Masse.

Ich brauche die Xanthom ähnlichen Zellen nicht weiter zu beschreiben und erwähne nur, dafs sie einen oder mehrere Kerne enthalten, dafs aber der von Touton als aufserhalb der Kerne liegende, beschriebene helle Ring gewöhnlich nicht vorhanden ist.

Die Tumoren haben in einigen Teilen einen deutlich ausgeprägten lappigen Bau. Die Xanthomzellen scheinen an vielen Stellen die ganze Area einzunehmen, während sie an anderen Plätzen in kleinere Gruppen eingeteilt sind, oder durch gröfsere oder kleinere Bindegewebsbündel, Gruppen oder Säulen bilden; oder sie liegen vereinzelt im Maschenwerk des Gewebes. Das Gewebe aufserhalb der Tumorregion enthält immer dilatierte Blutgefäfse mit einer perivaskulären Rundzelleninfiltration. Die

Stachelschicht erschien in allen Fällen nicht pigmentiert, während Pigment, in geringer Menge zwar, in einigen Lymphräumen und in vielen Blutgefäfsen vorhanden war.

Aus dieser, zwar unvollkommenen Beschreibung der Struktur eines stecknadelkopfgrofsen Knötchens geht doch so viel hervor, dafs die charakteristischen, den Tumor bildenden Elemente, Xanthom ähnliche Zellen waren, während markierte Blutgefäfsveränderung mit Rundzelleninfiltration sowohl innerhalb als aufserhalb eine kurze Strecke entlang bestand und ein Proliferationsprozefs der Bindegewebszellen ebenfalls stattfand. Die untersuchten Tumoren entsprangen perifollikulär und verbreiteten sich den Lymphgängen und perivaskulären Zonen entlang. Die Herde formlosen Gewebes entstanden durch das Zerfallen der Xanthom ähnlichen Zellen und anderer Elemente und stimmten, was Aussehen und Struktur betrifft, mit den Cysten von De Vincentiis, die er in einem Falle von Xanthom vorfand und die seiner Meinung nach von einem Trauma abhängig waren, überein. In diesen Tumoren, wie ich später zeigen werde, bedeutet es blofs eine Degeneration der Tumorelemente, das Resultat einer von äufseren Agentien unabhängigen Nutritionsstörung. Ein besonderer, sowohl in den gröfseren wie in den kleineren, beobachteter Zustand war die innerhalb der Blutgefäfse vorkommende, rot-bräunliche Pigmentation der weifsen Blutkörperchen, obwohl Pigment in dem umgebenden Gewebe nicht vorhanden war.

Struktur einer grofsen Papel: Hornschicht normal; Epithelzapfen weniger deutlich und die untersten Lagen von Epithelzellen an einigen Stellen pigmentiert. In dem Korium erstreckt sich, von der Epidermis aus, der Tumor dem subkutanen Gewebe zu; andererseits zeigen die kapillaren Blutgefäfse der Neubildung denselben Zustand, wie in den kleineren Tumoren; ebenso jene in dem Korium. Es besteht eine Dilatation mit perivaskulärer Rundzelleninfiltration. Der Tumor ist nicht scharf begrenzt und die Blutgefäfse sind durchweg an vielen Stellen mit tief pigmentierten weifsen Blutkörperchen gefüllt. Der Tumor an sich besteht aus Xanthomzellen, Rundzelleninfiltration, rund- und spindelförmigen Zellen, und aus Bindegewebe. Die epithelioiden oder Xanthom ähnlichen Zellen bestehen überall und bilden entweder grofse Massen oder kleine Gruppen, dichte Säulen, einzelne Reihen, oder einzelne in interfascikularen Lymphgängen liegende Zellen. Über den ganzen Tumor ist eine abwechselnde Anzahl von grofsen oder kleinen Cysten ähnlich gebildeten Herden, wie schon beschrieben wurde, zerstreut. In dem mittleren Teil des Tumors ist die Degeneration am meisten fortgeschritten, und man kann auf einer grofsen Strecke nichts als elastische Fasern und formloses Material entdecken. Einige der Xanthomzellen enthalten Pigment. An der Peripherie des Tumors sind Rundzelleninfiltration und Proliferation

der Bindegewebszellen stark markiert, und die grofsen, in den Lymphgängen liegenden Xanthomzellen scheinen nach und nach ihren Ursprung in den Endothelzellen zu nehmen. Der ganze Schnitt zeigt demnach eine Rundzelleninfiltration, die ein ausgesprochener Zug des Prozesses ist.

Ich habe keine neue Blutgefäfsbildung beobachtet, während durchweg im Bereiche des Knötchens eine Verengung ihres Lumens durch Veränderungen im Endothel und Zellenansammlung in der Adventitia besteht. Auch habe ich keine Zeichen von Bindegewebsbildung beobachtet, im Gegenteil ist eher eine Zerstörung, und sogar eine bedeutende, in den mittleren Teilen des Tumors vorhanden.

In einigen der Tumoren ist, wie schon berichtet, das normale Bindegewebe später durch Narbengewebe vertreten.

Für jene, die mit der Struktur des gewöhnlichen Xanthoms wie von De Vincentiis, Chambard, Touton und anderen es beschrieben wurde, vertraut sind, wird der beinahe identische Charakter der zwei Arten von Neubildungen erkannt werden und daher auch die Richtigkeit der Benennung „Xanthom“ für diesen Tumor. Die Intensität des Prozeses ist bei dieser Krankheit viel bedeutender als bei gewöhnlichem Xanthom, und die Cirkulation in dem affizierten Teile schneller gestört, daher möchte ich gerade diesem Umstande gern die fettige Degeneration zusshreiben. Aus der Thatsache, dafs der Verlauf der Eruption sowohl als die Verbreitung oder Sitz derselben verschieden sind, geht hervor, dafs zwei verschiedene ätiologische Faktoren bei den zwei Prozessen im Spiele sein mögen; es ist daher in der Ordnung, das bezeichnende Wort „Diabeticorum“ zu gebrauchen, wenigstens so lange, bis wir die specielle Ursache genau wissen. Ich würde es als eine Entzündungsgeschwulst, durch irgend ein reizendes Agens verursacht, ansehen. Sollte entweder dieser Tumor oder die Elemente von gewöhnlichem Xanthom auf die Bindegewebskörperchen oder Endothelzellen, so wie sie von Touton und anderen beschrieben werden, zurückgeführt werden können, dann könnte der Ursprung von „latenten Elementen“ im Sinne Cohnheims nicht möglich sein.

In einem späteren Artikel wird der Ursprung der Zellen und die entzündliche oder nicht entzündliche Natur des Prozesses ausführlich diskutiert werden; ich will hier nur berichten, dafs ich, in Opposition gegen Toutons Ansichten mit Chambard übereinzustimmen geneigt bin.

In den Schnitten von dem Xanthoma-tuberosum-Falle, welchen ich hier vorlege und bei welchem die Eruption sich nur auf die Ellbogen beschränkte, entdeckte ich durchgängig eine deutlich markierte neue Bindegewebsformation in dem ganzen Tumor und nirgendwo eine Area von verfettetem Gewebe noch formloses Material, wie oben beschrieben.

Besprechungen.

Die Behandlung der Hautkrankheiten mit einem Abriſs der Symptomatologie, Diagnose und Ätiologie.

Von Dr. L. Brocq,

besprochen von Dr. Leo Leistikow,
1. Assistent von Dr. Unna.

Mit dem vorstehenden Buche ist die dermatologische Litteratur um ein in seiner Art einzig dastehendes Werk bereichert, welches auf lange Zeit hinaus, besonders für den nichtfranzösischen Dermatologen, eine Fundgrube von Wissenswertem über die in Frankreich zur Zeit bestehenden therapeutischen Ansichten bleiben wird. Es hat einen in ähnlicher Weise einzig dastehenden Vorgänger höchstens in der Pharmacopoea dermatologica von Piffard, einem Buche, welches auch in Deutschland viel zu wenig bekannt und gewürdigt ist.

Hiermit ist aber das Wertvollste des Werkes noch keineswegs getroffen. Dieses finden wir in den meisterhaften pathologischen Abrissen, welche Brocq mit der ihm eigenen Gründlichkeit und Gewissenhaftigkeit den therapeutischen Artikeln vorausschickt. Allein wegen dieser pathologischen Einleitungen sollte das Buch von jedem deutschen Dermatologen studiert werden. Es würden dann vielleicht in Zukunft weniger einseitige und schablonenhafte Kompendien die deutsche Litteratur überschwemmen.

Wir finden deshalb auch für die Leser der Monatshefte eine kurze Buchanzeige nicht hinreichend und ebensowenig ein Exzerpt aus den vielen Rezepten des Buches. Sondern wir glauben der Wichtigkeit desselben am besten gerecht zu werden, durch eine ausführliche, teils referierende, teils kritische deutsche Wiedergabe der wesentlichsten Kapitel. Dieselbe wird uns Gelegenheit geben, vielfach auf die Differenzen zwischen den Anschauungen der französischen Kollegen und denen einzugehen, wie sie unter Unnas Führung in den Monatsheften vertreten werden.

Akne.

Die französische Schule teilt die Akne und ihre Abarten naturgemäſs in zwei Klassen ein:

1. In die eigentlichen Veränderungen der Talgdrüsen und ihrer Nachbargewebe.

Hierhin gehört die Acne inflammatoria (A. vulgaris), die Acne medicamentosa, die Acne rosacea, die Acne hypertrophica s. Rhinophyma, die Acne atrophica (A. varioliformis), die Acne décalvante von Lailler, die Keloidakne, die Folliculitiden und Sykosis, die Acne syphilitica.

2. In die Se- und Exkretionsstörungen der Drüsen, welche in 2 Unterabteilungen zerfallen:

a. Es sammelt sich das Drüsensekret in dem Innern der Drüsen an.

Hierhin gehört 1. Acne punctata, Acne miliaris, und die Acne cornea.

b. Es breitet sich das Drüsensekret auf der Haut in Gestalt von Schuppen, Krusten und öligem Belag aus. (Acne sebacea sicca, madidans etc.)

Ganz entfernte Beziehungen zur Akne haben:

a. die Acne atrophica von Chausit,

b. die partielle Acne sebacea von Lailler und Andouard,

c. die Acne varioliformis von Bazin.

Von dieser schablonenhaften Einteilung trennt sich Brocq, indem er zu seiner ersten Klasse nur die A. inflammator., die A. rosacea und hypertrophica rechnet. Die Abteilung b. der zweiten Klasse bespricht Brocq bei dem Artikel „Seborrhoe".

Unna geht noch weiter wie unser Autor. Er schliefst die Acne rosacea vollständig aus. Nach ihm ist die Acne rosacea nichts mehr, als ein Eczema seborrhoic. faciei, das zu einer arteriellen oder venösen Röte geführt hat und in dessen Gefolge durch Staphylokokkeninvasion Knoten und Pusteln entstanden sind, welche im Gegensatz zur Acne vulgaris meist keine Komedonen enthalten.

Auch die Bezeichnung Acne miliaris ist nach Unna nicht statthaft. Die neueren Forschungen haben ergeben, dafs es sich bei der A. mil. s. Milium durchaus nicht um eine Talgdrüsenaffektion, sondern vielmehr um angeborene Cystenbildungen handelt.

Unna kennt nur eine Akne und diese zerfällt in zwei Prozesse: in den der Komedonenbildung und den der Follikelvereiterung. Die Komedonenbildung ist eine aus unbekannter, vielleicht parasitärer Ursache entsprungene Parakeratose, welche zum Verschlusse des Follikels führt. Sind vorher Eiterkokken in den Follikel eingewandert, so kann es zur Vereiterung kommen. Demnach zerfällt die Akne in die A. comedo s. punctata und in A. pustulosa.

Wir beginnen mit der Besprechung der A. comedo.

Brocq bespricht die Ätiologie der Akne bei der Beschreibung der Acne inflammatoria. Die A. comedo hat nach ihm die nämliche Ursache, wie die A. infl. Auch er gibt zu, dafs es sehr schwierig ist, eine präzise Erklärung für die Ursachen der Akne zu geben. Arthritiker und Personen mit skrophulösem Habitus sollen zur Akne besonders disponiert sein. Urogenitalaffektionen, Magenleiden, gewisse Klimata etc. sollen das Entstehen der Akne beeinflussen.

Sehr wichtig ist die Allgemeinbehandlung bei der Akne; diese ist für die Acne comedo und inflammator. ein und dieselbe. Da Dyspepsieen und Diätfehler eine grofse Rolle in der Pathogenese der Akne spielen, so ist es wichtig, bei jedem Patienten den Verdauungskanal zu untersuchen. β-Naphthol mit Schwefel oder Magnesia thut innerlich bisweilen gute Dienste. Niemals darf ein Aknepatient an Verstopfung leiden. Auch auf etwaige kalte Füfse und Rhinitis chronica, welche beide häufig eine Ursache für Akne abgeben, ist Acht zu geben. Lymphatischen Aknepatienten gebe man Leberthran, anämischen oder chlorotischen Eisen mit oder ohne Arsenik, arthritischen alkalinische Mineralwässer.

Wirklich interne Specifica gegen Akne sind unbekannt. Doch gibt es einige Mittel, welche bisweilen sehr gut wirken: wie das von Hardy empfohlene Kochsalz in Lösung, das Schwefelcalcium (0,005 bis 0,02 4 mal täglich), das Ichthyol, der Arsenik, Ergotin zusammen mit Digitalis oder Chinin u. s. f.

Auch Unna ist der Ansicht, dafs es gewisse Krankheiten giebt, die in einem direkten Zusammenhang zur Akne stehen.

Nach Unnas Meinung ist der Arsenik ein echtes Specificum gegen Akne, indem er Hyperämie und Epithelproliferation bewirkt. Mit dem Aussetzen des Arseniks recidiviert indefs gewöhnlich die Akne. Bisweilen wirkt auch nach Unna das Ichthyol innerlich gut, und bei hartnäckiger pustulöser Akne kann man es auch mit dem Schwefelcalcium versuchen.

Zur lokalen Therapie der A. punctata genügen nach Brocq oft morgens und abends vorzunehmende Waschungen mit Seifenwurzeldekokt, dem etwas Spirit. col.

und Liq. Ammon. caustic. zugesetzt ist. Auch Waschungen mit Spirit. camph. oder Salicylalkohol sind am Platze. Ganz vorzüglich wirkt eine Kaliseifenwaschung mit heifsem Wasser, an welche sich eine Waschung mit folgender Mischung anschliefst:

℞ *Borax* 15
Alkohol. Aether ää 30
Aq. 200.

Sodann empfiehlt unser Autor noch die von Hebra empfohlenen Waschungen mit Seifengeist und verdünntem Borax-Glycerinalkohol, ferner eine von Besnier angegebene 8 Tage lang abends zu applicierende Salbe folgender Art:

℞ *Acid. salicyl.* 2,0
Sulfur. praecip.
Sapon. kalini ää 50,0.

Endlich erwähnt Brocq auch die von Unna gebrauchte Essigsäure:

℞ *Acid. acetici* pp. 2
Glycerini pp. 3
Boli albae. pp. 4

und die Salzsäure zur Entfärbung und Entfernung der Komedonen. Zur mechanischen Entfernung der letzteren genügt für gewöhnlich schon der Uhrschlüssel.

Unna legt das Hauptgewicht in der lokalen Therapie der Acne punctata auf die Entfernung möglichst vieler Komedonen während des jedesmaligen Besuchs des Pat. in der Sprechstunde mit dem von ihm angegebenen Komedonenquetscher. Auch er rät allen, sich mit heifsem Wasser und Hebraschem Seifengeist resp. mit seiner überfetteten Marmorseife zu waschen. Sehr günstig wirkt auch das Polieren mit gewöhnlichem Marmorstaub. In neuerer Zeit hat sich der Wasserstoffsuperoxyd brillant bewährt zur Aufhellung der Komedonen. Unna verordnet ihn in folgender Form:

℞ *Lanolin* 10
Vaselin 20
Sol. Hydrog. peroxyd. 20—40.

Ist die A. punctat. mit A. papulo-pustulos. kompliziert, so kann man auch den Schwefel oder Sublimat zu dieser Salbe zusetzen zur Beseitigung der Papeln und Pusteln.

Die Acne pustulosa, welche Brocq gewöhnlich A. inflammatoria nennt, hat nach ihm die nämliche allgemeine Behandlung wie die A. punctata.

Lokal empfiehlt Brocq vor allem Waschungen mit heifsem Wasser, Eau de Cologne, Spirit. camphorat. oder mit Borsäure gesättigtem Alkohol. Auch Waschungen mit verdünntem Sublimatalkohol oder mit einer Lösung von Sublimat in Benzoetinktur und Bittermandelemulsion wirken gut. Überhaupt ist der Sublimat von allen Hg-Präparaten am besten verwendbar. Mit Ammon. chloratum zusammen erweist sich der Sublimat sehr nützlich etwa in folgender Form:

℞ *Sublimat.* 1,0
Ammon. chlor. 2,0—5,0
Spirit. 100,0
Aquae 400,0.

Man verdünnt diese Mischung am besten zur Hälfte mit heifsem Wasser und legt Kompressen davon in Form einer Maske mit Guttaperchapapier auf die erkrankten Partieen auf. Ein ausgezeichnetes Mittel ist ferner der Schwefel. Man wendet ihn in Form von Wischwassern, Seifen, Bädern, Pasten oder Salben an. Den Salben setze man Naphthol oder Salicylsäure mit Zinkoxyd zu. Von grofser Wichtigkeit ist die Behandlung mit Kaliseife besonders in Form des Kaliseifengeistes. Besnier em-

pfiehlt den Gebrauch von Sulfur. praecip. und Sapo virid. zu gleichen Teilen, oder auch einer Seifensalbe, welche aus Naphthol, Acid. salicyl., Resorcin ā 5,0, Amylum sulfur., Vasel., Sapon. virid. ā 25 besteht und etwa ½ Stunde lang aufgetragen wird. Als treffliches Mittel empfiehlt unser Autor auch noch das Ichthyol als Einreibung in folgender Form:

℞ *Ichthyol* 5,0—50,0
Alkohol, Aether. ā 50,0.

Kurz erwähnt wird noch die Salicylsäure und das Resorcin. Auch kleinere chirurgische Eingriffe sind zu empfehlen, wie z. B. Entfernung der Komedonen, Ätzung hartnäckiger Stellen etc. Gröfsere Eingriffe, wie Paquelinisieren, Elektrolysieren und Skarifizieren sind nur im äufsersten Notfalle anzuwenden. Zum Schluſs gibt Brocq noch kurz den Weg an, den der Praktiker bei den Aknepatienten einzuschlagen hat.

Unna legt ein viel gröfseres Gewicht auf die mechanische Behandlung der Akne. Nie soll man versäumen, die Komedonen zu entfernen, die Knoten mit dem Stachel zu eröffnen, die erkrankte Fläche abzuschaben u. s. f. Die Hauptindikation, die bestehende Parakeratose zu beseitigen, gelingt schon hierdurch ganz vortrefflich. Wenn irgend angänglich, soll man gleich zu den stärksten Mitteln greifen, welche die Hornschicht lockern und erweichen und die Eiterkokken töten. Hierzu empfiehlt sich der Salicylkannabis und -Kreosotpflastermull, der Resorcinpflastermull, die 50 %ige Resorcinschälpaste etc. Zur Nachbehandlung empfiehlt es sich, mildere Schwefel-, Resorcin- oder Sublimatpräparate anzuwenden am besten in Form der Zink-Kieselgurpasten. Auf Waschungen mit heifsem Wasser und Seife (Kaliseifengeist, $HgCl_2$-S-Mormor-Seife) legt Unna selbstverständlich auch wie Brocq das gröfste Gewicht.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Aristol bei Hautkrankheiten, von Gaudin (Paris). (*Journ. des Mal. cut. et syph.* Bd. I. S. 350.) Verf. erörtert eingangs die chemischen und therapeutischen Eigenschaften des Aristols und schliefst daran eine Reihe von Krankengeschichten, welche alle die hohe Bedeutung dieses neuen, zumal in Deutschland gewürdigten Arzneimittels erkennen lassen. Besonders empfehlenswert erscheint nach G. seine Anwendung beim Ulcus cruris, beim Ulcus molle, bei Psoriasis, bei Syphiliden. Über seine Wirkung bei Lupus, Karzinom, sowie bei parasitären Hautkrankheiten fehlen dem Verf. noch genügende eigene Erfahrungen. Er gibt ihm vor Jodoform bei weitem den Vorzug. — Die kleine Abhandlung schliefst mit einigen Formeln für die Anwendungsweise des Aristol. *Türkheim-Hamburg.*

Das Ichthyol bei Hautkrankheiten, von Dr. Hans v. Hebra. (*Zeitschr. f. Therapie*, 1890. No. 16). Die therapeutische Anwendung des Ichthyols hat insbesondere mit dem an den Kohlenstoff gebundenen Schwefel zu rechnen. Bei Hautkrankheiten kann es überall dort angewandt werden, wo eine annähernd normale Oberhaut vorhanden ist, dann aber auch in den stärksten Dosen. In schwacher Dosis braucht man dasselbe bei allen den Arten des Ekzems, welche bei zarter Oberhaut vorkommen. Innerlich gibt man das Ichthyol bei sehr indolenten stabilen, hartnäckig rezidivirenden Hautaffektionen. *Leistikow-Hamburg.*

Cirkulationsstörungen.

Akutes Ödem der Haut, von COURTOIS-SUFFIT. (*Gaz. des hôp. — Revue générale,* 30. Aug. 1890.) „Das akute circumscripte Ödem der Haut besteht in dem Auftreten begrenzter Anschwellungen der Haut und einiger Schleimhäute. Die Anschwellungen sind veränderlich in der Ausbreitung, vergänglich in der Dauer, wesentlich recidivierend, häufig schmerzlos, fast stets viel juckend; jeder neue Ausbruch des Ödems erfolgt bald an der ursprünglich ergriffenen, bald an einer ganz anderen Stelle der Hautoberfläche."

Der Verf. geht zuerst die verschiedenen Arbeiten durch, die über die Frage veröffentlicht wurden. Die Arbeit von QUINCKE (1882) ist die erste der Zeit nach, trotzdem läfst ihr Verf. seinen Nachfolgern nur weniges zum Hinzufügen übrig; es folgen die Veröffentlichungen von STRÜBING (1885) über das angioneurotische Ödem, von RAPIN (1886) über die „orticaire massive", von OSLER (1888) über die hereditäre Prädisposition bei dieser Erkrankung, von KÜSSNER über das Zusammentreffen wiederkehrender Hämorrhagieen mit Hauterscheinungen, endlich die Arbeit von MAX JOSEPH (Febr. 1890) über das gleichzeitige Bestehen paroxysmaler Hämoglobinurie und des akuten Ödems der Haut. COURTOIS-SUFFIT gibt hierauf in Kürze wieder eine auf der Abteilung HALLOPEAUS (Paris) im Hospital Saint-Louis gemachte Beobachtung, die er bereits in den *Annales de Dermatologie* (Nov. 1889)[1] veröffentlicht hatte. Gestützt auf dieses zahlreiche Material, geht er an die Schilderung der Krankheit, für die er den Namen akutes Ödem der Haut vorschlägt.

Es sind fast immer Erwachsene, zuweilen hereditär prädisponierte, die inmitten voller Gesundheit von dem Leiden ergriffen werden. Die gelegentlichen gewöhnlichen Ursachen sind Übermüdung und Erkältung. Dieselbe Ätiologie beobachtet man bei der paroxysmalen Hämoglobinurie, mit der man sie übrigens gleichzeitig auftreten sah. Arthritische, und im allgemeinen allen Gelenkaffektionen unterworfene Personen sind besonders dem in Frage kommenden Hautleiden ausgesetzt. Menstruationsstörungen, Struma, Alkoholismus wurden auch noch unter den Ursachen der Affektion genannt.

Das Fehlen prodromaler Symptome gehört zur Regel. Das Eintreten der Krankheit erfolgt plötzlich und ungestüm. Die Patienten bemerken mit einemmal blafsrote Anschwellungen (enflures) an verschiedenen Stellen der Körperoberfläche, besonders im Gesicht, wo sie ein Erysipel vortäuschen können.

„Das Aussehen der ergriffenen Stellen ist charakteristisch: Wir haben vor uns eine isolierte Anschwellung mit ziemlich deutlich abgegrenzten Rändern. Bisweilen grenzen sich Plaques, deren Färbung wenig gegen die umgebende Partie absticht, fast unmerklich gegen dieselben ab. Am häufigsten ist die Epidermis ad maximum gespannt und glänzend. Die Färbung ist im allgemeinen wenig intensiv, gleichmäfsig rosarot, unterscheidet sich wenig von der gesunden Hautfarbe, verschwindet schnell unterm Fingerdruck unter Zurücklassung eines weifsen Fleckes.

Die Gröfse dieser ödematösen Flächen schwankt aufserordentlich. Neben Plaques von der Ausdehnung eines Handtellers finden sich solche von der Gröfse eines silbernen Fünffrankstücks, und auch solche, die noch kleiner sind."

Besonders hervorzuheben ist das Fehlen des Gefühls des Juckens, oder wo solches vorhanden, seine sehr geringe Intensität. Lokalisiert sich das Ödem auf den Schleimhäuten, und zwar der Zunge und des Larynx, so kann es dem Schlucken,

[1] S. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. X. pag. 282.

Sprechen und der Respiration Störungen verursachen, und es wird sogar von Riehl ein Todesfall infolge von Erstickung mitgeteilt. Man ist überdies zu der Frage berechtigt, ob man nicht eine ödematöse Schwellung, die ihren Sitz auf den Schleimhäuten des Digestionstraktus und der Nieren hat, als Ursache annehmen soll von dem Erbrechen, den unaufhaltsamen Diarrhoen, die ebenso schnell vergehen wie sie erscheinen, und von dem Auftreten der paroxysmalen Hämoglobinurie.

Sicherlich erregen die Aufmerksamkeit des Lesers dieser Schrift die zahlreichen Analogieen, die zwischen der Urticaria und dem akuten Ödem der Haut bestehen. So wirft der Verf. mit Recht die Frage auf, ob in Wirklichkeit diese beiden Affektionen zwei verschiedene (distinkte) Hautkrankheiten darstellen, und nachdem er sorgfältig die Ätiologie, den Verlauf und die Komplikationen derselben analysiert hat, beantwortet er sie entschieden negativ. „Nach unserer Ansicht," sagt er, „ist was man in diesen letzten Jahren unter den Namen des ›akuten circumscripten Ödems der Haut‹ beschrieben hat, indem man aus dieser Affektion einen besonderen dermatologischen Typus machte, nichts anderes als Urticaria: freilich eine anormale Form der Urticaria, aber eine Form, die bereits längst bekannt und klassifiziert ist, beschrieben von zahlreichen Autoren unter dem Namen der Riesenurticaria oder vielmehr der ödematösen Urticaria."

Courtois-Suffit schliefst seine Arbeit mit einem Kapitel über die Diagnostik. Er bespricht kurz die Verwechselung, die schwerlich vorkommen kann, mit Erysipel und den Hautschwellungen beim akuten Gelenkrheumatismus, — letztere beschrieben von Dorante (1879), Troissier und Térrol (1883) —, und macht besonders aufmerksam auf die Analogieen in der Pathogenie des akuten Ödems der Haut und der übrigen angioneurotischen Ödeme, wie z. B. der „Purpura myelopathique" von Taisans (*V. Thèse de Paris*, 1882), die fast immer von einer ödematösen Kongestion der Haut begleitet ist, und der anderen neuropathischen Ödeme (v. Mathieu et Veil, *Arch. gén. de méd.*, 1889). *Jeanselme-Paris.*

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Über Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Quecksilbersalicylat, von Dr. Szadek. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1890. No. 13.) Verf machte mit einer 5prozentigen Hg-salic.-Suspension bei 24 Kranken, mit einer 7prozentigen bei 16 Kranken im ganzen 360 Injektionen. Er zieht aus den Resultaten folgende Schlüsse:

a) Das Hg salicylat in der Form der intramuskulären Injektionen angewandt, hat eine sehr günstige therapeutische Wirkung in verschiedenen Stadien der Syphilis, besonders in den sekundären Stadien und bei milderen Recidivformen.

b) Das Allgemeinbefinden der Kranken wird durch diese Behandlung in keiner Weise gestört. Stomatitis tritt bei guter Zahnpflege nur selten und in leichter Form auf. Die lokale Reaktion ist sehr gering. Es kommt niemals zur Abscefsbildung.

Dreckmann-Recklinghausen.

Die therapeutische Verwendbarkeit des Jodols in der syphilidologischen Praxis, von Dr. Szadek. (*Wien. med. Presse.* 1890. No. 8.) Das Resultat der Versuche des Verf., welche sich auf etwa 60 Fälle erstreckten, mit Jodol ist folgendes:

Die interne Anwendung des Jodols bei tertiärer Syphilis ist behufs weiterer Prüfung warm zu empfehlen.

Die tertiären gummösen Ulcerationen heilen unter dem Mittel sehr rasch und ist hierbei das Jodol als Specificum anzusehen.

Die Wirkung auf weiche Geschwüre und offene Bubonen ist schwächer als die des Jodoforms, die Behandlungsdauer also etwas länger. Ein wesentlicher Vorzug des Jodols vor dem Jodoform beruht auf der Geruchlosigkeit desselben.

Dreckmann-Recklinghausen.

Über hereditäre Syphilis, von Hönn. (Inaug.-Dissertation, Würzburg 1890.) Mitteilung einer Anzahl von Fällen hereditärer Syphilis aus der Syphilido-Klinik in Würzburg. Die 6 Fälle von Frühform der hereditären Syphilis bieten nichts Interessantes, dagegen ist einer der 5 Fälle von Syphilis hereditaria tarda insofern von Interesse, als es sich um ein 18jähriges Mädchen handelt, das mit abgeheilter hereditärer Syphilis (Destruction des Gaumens und der Nase) und mit einem frischen harten Schanker in der Fossa navicularis zur Behandlung eintrat.

Seifert-Würzburg.

Ein Fall von universalem Pigmentsyphilid mit mikroskopischer Untersuchung der Flecke, von J. Andry (Lyon). (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. S. 134.) Das 19jährige Mädchen ging sehr schnell an Phthise zu Grunde. Die post mortem angefertigten Präparate aus den pigmentierten Hautstellen sind in ihrem anatomischen Bau vollkommen identisch mit Schnitten aus einer Negerhaut. Es beweist also auch dieser Fall wieder, dafs das Pigment aus der Cutis stammt.

Türkheim-Hamburg.

Untersuchung über den syphilitischen Schanker der Augenlider, von C. Fortuniadès. (*Thèse de Paris*, 28. Mai 1890.) Die Lokalisation des syphilitischen Schankers auf den Augenlidern beobachtet man, sei es bei Kindern, die bisweilen von ihren Ammen angesteckt werden, sei es bei Erwachsenen, die gewissen Berufsklassen angehörend, ganz besonders der Gefahr der Übertragung ausgesetzt sind, so bei Ärzten und Hebammen. Fast stets beobachtet man das Vorhandensein einer vorangegangenen Erkrankung des Auges in Form einer Konjunktivitis oder Blepharitis, die die Eingangspforte für das syphilitische virus bildete. Der Finger ist der häufigste Übertrager; ausnahmsweise erfolgt die Impfung durch einen Bifs oder das Aussagen einer Wunde. Nach den Angaben des Verfassers wird ein seltsames Verfahren, hauptsächlich bei den niederen Ständen in Polen und gewissen Gegenden Rufslands, ausgeübt, das darin besteht, dafs man Fremdkörper aus den Augenlidern mit der Zunge entfernt oder Trachome beleckt. Leplyaschin hat zahlreiche Fälle von Augensyphilis mitgeteilt, die auf diese Weise verursacht wurden.

Der syphilitische Schanker, für gewöhnlich nur ein einziger, nimmt fast immer den freien Rand oder die Augenlidwinkel ein. Es besteht keine Ulceration, wie man behauptet hat, sondern eine Erosion, die vielmehr die Neigung hat papulös zu werden; dieselbe ist ovalair, mandelförmig, nimmt zuweilen fast den ganzen freien Lidrand ein, ruht auf einer kartilaginösen oder pergamentartigen Verhärtung; da sie mehr nach der Seite der Haut als der Konjunktiva sich auszubreiten pflegt, ruft sie wenig ausgesprochene funktionelle Störungen hervor. Die multiple Lymphdrüse ist der pathognomonische Charakter, dieselbe ergreift die Drüsen ev Parotis, die submaxillares und ganz besonders die praeauriculares. *Jeanselme-Paris.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Über die Natur der Impetigo und des Ekzema impetiginosum, von WILLIAM DUBREUILH. (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. Heft 4. S. 289.) D. stellt an die Spitze seiner Arbeit den Satz, dafs er im Gegensatz zu den meisten andern neuern Autoren nur eine Impetigo-Form kenne, die Impetigo contagiosa, und dafs das Ekzema impetiginosum eine Mischform sei, bestehend aus einem Ekzem, das mit einer Impetigo kompliziert sei.

Zum Beweise, dafs die Impetigo wohl immer kontagiös sei, führt er interessante Zahlen aus seiner Beobachtung an. Auch andere Tatsachen sprechen dafür, so das Vorkommen von ganzen Epidemien nach der Kuhpocken-Impfung, — wie sie jüngs in Deutschland beobachtet wurden. Nicht minder belangreich für seine Auffassung ist die Ätiologie der Impetigo. In den einzelnen Eiterpusteln sind von fast allen Untersuchern immer nur die bekannten pyogenen Mikroorganismen, der Staphylococcus pyogenes aureus und albus gefunden worden, so dafs es den Anschein hat, dafs die oberflächliche Impfung von Eiter in die Haut zur Entstehung von Impetigo genüge. Dieser Ansicht stehen klinisch Thatsachen zur Seite. Wie häufig bildet sich z. B. bei veralteter Otorrhoe Impetigo um den äufsern Gehörgang. Der Ausschlag wirdt dann durch Kratzen, wobei die Epidermis leicht verletzt wird, weiterverbreitet. Meistens braucht ein Eiterherd gar nicht einmal vorhanden zu sein, es genügt schon das von BOCKHART und Andern nachgewiesene Vorhandensein von Eiterkokken auf der Haut und in der uns umgebenden Luft, um gegebenen Falls zu Pustelbildung und Impetigo zu führen. Wenn man trotz der Leichtigkeit ihres Zustandekommens die in Frage stehende Krankheit meistens nur bei Kindern trifft, so liegt das an der Zartheit der kindlichen Haut, an der in diesem Alter so häufigen Pediculose, die zu ausgiebigem Kratzen zwingt, sowie an andern, namhaft gemachten Umständen. — Wie es aber kommt, dafs durch die nämliche Ätiologie, d. h. durch das Hineingelangen von Eiter oder Eiterkokken in die Haut auch noch andere Hautkrankheiten, wie Ekthyma, Scabies pustulosa und Furunkulosis entstehen können, wird von D. in klarer Weise dargelegt.

Ebenso klar und durchsichtig ist seine Beweisführung für die Doppelnatur des Ekzema impetiginosum. Dieses unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von der Impetigo, im Gegensatz zu deren raschen und schmerzlosen Verlauf es als ein chronischer, lebhaft juckender Hautausschlag bekannt ist. — Das nämliche Individuum kann Träger eines Ekzema imp. faciei und eines Ekzema simplex an einer andern Körperstelle sein. Mit dem Eiter des Ekzema impet. kann man durch Impfung bei einem andern Individuum eine Impetigo hervorrufen. Das Ekzema imp. verwandelt sich bei geeigneter Behandlung in ein einfaches Ekzem, d. h. die Impetigo ist geheilt.

Ein letzter Abschnitt endlich ist der Behandlung gewidmet. Die Krusten sind zu entfernen, die darunter liegende, ihrer Epidermis entblöfste Haut mit geeigneten Mitteln in Berührung zu bringen. Beiden Indikationen entspricht nach D. die Salbenform am besten. Er empfiehlt folgende Zusammensetzung:

Vaselin
Axung. porci aa 50,
Zinc. oxyd. 20,0
Acid. salicyl. 2,0
Plumb. acet. cryst. 1,0

ohne indefs dieser Mischung eine besondere Wirksamkeit zuzuschreiben.

Türkheim-Hamburg.

Regressive Ernährungsstörungen.

Über Alopecia areata, von Quinquaud. (*Sem. médic.* 17. August 1890.) Der Verf. definiert die Alopecia als eine kontagiöse Trophoneurose; „vielleicht ist ein Parasit dabei im Spiel, doch der nervöse Einfluſs in dieser Erkrankung ist unzweifelhaft." Darum nimmt er sie auch auf in die Gruppe der Pilzerkrankungen.

Nach einer klassischen Schilderung der Symptome der Alopecia bespricht Q. die Pathogenese und entscheidet sich für den kontagiösen Ursprung derselben, der zu wiederholten Malen durch heftige Kasernenepidemien sich geäuſsert hatte. Das häufige Auftreten der Alopecia auf der Höhe des Nackens scheint, nach seiner Ansicht, darauf hinzuweisen, daſs die Ansteckung sich vollzieht durch Polster und Kissen in den öffentlichen Wagen und den Eisenbahnen. — Bei der Besprechung der Prophyaxe stellt Quinquaud die wichtige Frage auf, soll man Alopeciakranke vom Schulbesuch ausschlieſsen und gibt darauf folgende Antwort: Hat man eine in der Ausbreitung begriffene Alopecia, wo die peripherische Zone der erkrankten Stellen scharf markiert ist und die Krankheit seit einem oder zwei Monaten besteht, so soll im allgemeinen das Ausschlieſsen als Regel gelten. Befindet man sich im Stadium der Heilung, so ist ein Zulassen gestattet. Es gibt jedoch gewisse Umstände, in denen man nicht von seinen Forderungen abstehen soll und zwar, wenn es sich um sehr kleine Kinder handelt, um Kinder aus Asylen; in diesen Fällen kann eine Ausschlieſsung keinen groſsen Schaden nach sich ziehen, und so soll man nicht zaudern, dieselbe zu verordnen. In den Volksschulen kann man Kinder im Stadium der Besserung zulassen, unter der Bedingung jedoch, daſs sie während des Unterrichts, des Aufenthalts im Schulraum und der Zwischenstunden ununterbrochen den Kopf mit einer impermeablen Mütze bedeckt haben. In den höheren Schulen soll man die Ausschlieſsung nur bei sehr akuten Formen mit starkem Haarverlust verordnen.

Die antiparasitäre Behandlung gibt die besten Resultate. Das vom Verf. besonders empfohlene Verfahren ist folgendes: Es werden die Haare kurz geschoren und früh und abends wird die ganze behaarte Kopfhaut mit Seife abgewaschen; nach einer dieser Waschungen wird der Kopf mit folgender Lösung abgerieben:

Hydrarg. bijodat.	0,2
Hydrarg. bichlor. cor.	1,0
Alkohol 90°	40,0
Aqua destill.	250,0.

Es folgt eine neue Waschung mit einer Einreibung, die abwechselnd alle 8 Tage mit folgenden Linimenten vorgenommen wird:

1. *Balsam r. Fioraventi*		2. *Balsam r. Fioraventi*	
Alc. camph.	℥ 100,0	*Alc. camph.*	℥ 100,0
Ammon. liq.	6,0	*Tincture de pyrèthre*	6,0

Jeden sechsten Tag wird eine folgendermaſsen zusammengesetzte Salbe appliziert:

Vaselini	100,0
Acidi chrysophan.	
Acidi salicylici	
Acidi borici	℥ 2,0

Jeanselme-Paris.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Litholapaxie, von George Chismore. (*Journ. of cut. and genito-ur. dis.* August 1890.) Bericht über eine Serie von 50 Litholapaxieen und Empfehlung einer vom Verf. angegebenen Modifikation des Bipelowschen Instrumentes. Die Veränderung besteht hauptsächlich darin, dafs der Lithotrib zugleich als Evacuator dient, eine, wie Verf. selbst hervorhebt, nicht mehr ganz neue Idee. Indessen könne man mit dem Chismoreschen Instrument besser als sonstwie ein Mitfassen der Falten der Blase, namentlich an der am meisten gefährdeten Stelle, dem Fundus, mit Sicherheit vermeiden. Da das Instrument naturgemäfs sehr leicht und zart ist, so kann es nur bei weichen Steinen und zur völligen Zertrümmerung von Fragmenten härterer Konkremente verwendet werden. Von den entfernten Steinen waren 24 Oxalatsteine, 21 Phosphate, 3 waren Mischungen dieser beiden Arten, einer bestand aus Harnsäure und bei einem blieb die chemische Beschaffenheit unbestimmt. Die Resultate waren meistens sehr befriedigend; ein tötlicher Ausgang der Operation kam nicht vor. In sieben Fällen wurde ohne Anästheticum operiert, bei 18 kam Äthernarkose und 25 mal Kokain (15,0—30,0 einer 4 %igen Lösung) in Anwendung.

Bei der sich an diesen Vortrag anschliefsenden Diskussion in der Amer. Assoc. of gen.-urin. Surg. schilderte Dr. Brison folgenden lehrreichen Fall: Ein durch Sectio media entfernter **Stein bot zwei Facetten dar**, woraus man auf das Vorhandensein zweier anderer Steine schlofs; im weiteren Verlauf fand sich aber nur ein einziges Konkrement; die doppelte Facettenbildung war dadurch entstanden, dafs dasselbe an die obere Wand fest angeheftet war, und bei den Kontraktionen der Blase bald die eine, bald die andere Seite des unten liegenden Steines berührt hatte. Zur Auflösung von Schleim in der Blase verwendet B. stets eine Lösung von doppelkohlensaurem Natron mit bestem Erfolg. *Philippi-Nicheim.*

Ein Fall von Sectio vesicae alta und Prostatektomie, von J. W. White. Sitzung der Amer. Assoc. of genito-ur. Surg. (*Journ. of cut and genito-ur. dis.* August 1890.) Ein 68jähriger Phthisiker mit Verdichtung der linken Lungenspitze, Bronchialkatarrh, Vitium cordis valv. mitral, Pyurie, Blasenstein und Prostatahypertrophie unterzog sich wegen unerträglicher Schmerzen in der Blase und der Harnröhre dem hohen Blasenschnitt. Entfernung des ganz mürben und gleich zerfallenden Steines sowie Enukleation des gröfsten Teils der hypertrophischen Prostata mit dem Finger. Delirium, Tod acht Tage nach der Operation. — Verf. hebt (mit Recht) hervor, dafs es sehr schwierig ist zu entscheiden, wie viel man von einer hypertrophischen Prostata überhaupt entfernen darf. *Philippi-Nicheim.*

Neue Mittel zur Entfernung von Blasentumoren bei der Sectio alta, von F. S. Watson. Vierte Sitzung der Amer. Assoc. of genito-urin. Surgeons. (*Journ. of cut. and genito- ur. dis.* August 1890.) Verf. zeigte a.) eine Modifikation des Galvanokauters, welche es ermöglicht, alle Teile der Blase damit zu erreichen; b.) ein neues Blasenspeculum. Letzteres kann vom Operateur mit einer Hand gehalten und dirigiert werden, bedeckt nur einen kleinen Teil des Blaseninneren und ermöglicht es, dieselbe nach jeder beliebigen Richtung hin zu dirigieren. *Philippi-Nicheim.*

Erklärung der Figuren von Tafel I.

Zu Artikel Fabry (S. 1):

Fig. 1. Alveolen mit einschichtigem Cylinderepithel.

Fig. 2. Ebenso.

Fig. 3. stellt bei schwacher Vergrößerung den Hauptausführungsgang dar, mit mehrschichtigem Plattenepithel und angeklebten Eiterkörperchen.

Fig. 4. zeigt bei starker Vergrößerung eine Stelle des Hauptausführungsganges in der Nähe des Lumens, wo es gelang, in Epithelien und Eiterkörperchen Gonokokken nachzuweisen.

Zu Artikel Buzzi und Miethke (S. 9):

Fig. 5. Efflorescenz auf einem senkrecht zur Oberfläche der Haut geführten Schnitte. Schwache Vergrößerung. P. die „Psorospermien."

Fig. 6. „Psorospermien" im Rete und in der basalen Hornschicht gelegen. Starke Vergrößerung.

Fig. 7. Öl-Immersion.

a. „Psorospermie" in einer Epithelzelle als „corp rond."

b. „Psorospermie" an einer Zellenscholle haftend.

c. und d. Zellenschollen mit einem Eindruck, welchen die „Psorospermien" hinterlassen haben.

e. „Psorospermie" freiliegend, Übergangsform vom „corp rond" zum „grain."

f. f. „Psorospermien" unter der Form von „grains."

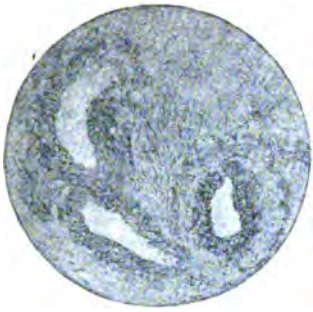


Fig. 1.

Fig. 2.

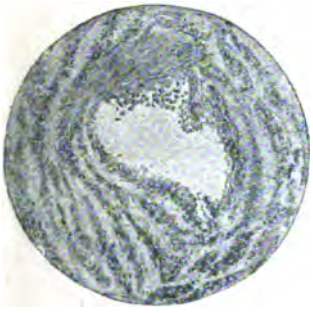


Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 5.

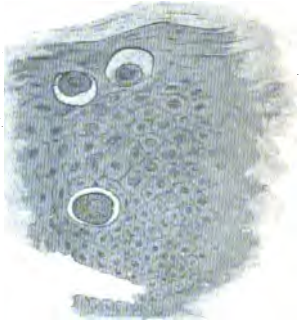


Fig. 6.

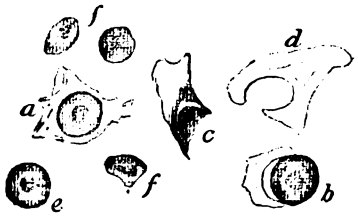


Fig. 7.

Verlag von LEOPOLD VOSS in HAMBURG.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XII. No. 2. 15. Januar 1891.

Über „Ichthyolfirnisse."

Von

P. G. Unna.

Die jetzt allgemein anerkannte, teils anämisierende, teils die Resorption anregende und befördernde Wirkung des Ichthyols auf entzündliche, kutane und subkutane Prozesse der verschiedensten Art ist nach einer Richtung bisher nicht ausgebeutet worden. Wir waren bis heute nicht im Besitze wirklich praktischer, wasserlöslicher Ichthyolfirnisse. Und gerade diese scheinen mir unter allen Ichthyolpräparaten für den äufserlichen Gebrauch die meiste Aussicht auf eine vielseitige Anwendung zu versprechen.

Wo eine energische Tiefenwirkung erlaubt und erforderlich war, z. B. bei rheumatischen Gelenk- und Sehnenaffektionen und übrigens intakter Haut, dort griff man entweder zu hochprozentuierten Ichthyolsalben mit durchlässiger (Watte) oder undurchlässiger (Guttapercha) Bedeckung oder direkt zu den Ichthyolpflastermullen.

Wo eine mildere Ichthyoleinwirkung auf das Hautorgan selbst erzielt werden sollte, standen die folgenden Methoden der Applikation zur Verfügung: Schwach prozentuierte Salben, ebensolche mit reizmildernden Zusätzen (Zinkichthyolsalben), die entsprechenden Pasten (Zinkichthyolpaste), Salbenmulle (Zinkichthyolsalbenmull) und Leime (Zinkichthyolleim), endlich wässerige Umschläge von Ichthyol mit undurchlässiger Bedeckung, eventuell in Form zugleich komprimierender Binden.

Diesen, wie man sieht, in reichem Mafse variablen Anwendungsweisen gegenüber, welche alle für die Behandlung gröfserer Hautstrecken berechnet sind, und bei denen die Unbequemlichkeiten der Einreibung, des Feuchtbleibens, der Einleimung, der Bedeckung u. s. f. mit in den Kauf genommen werden, haben wir bisher für die Behandlung umschriebener Hautbezirke nur eine sehr geringe Auswahl von Applikationsmethoden besessen. Je geringer die Ausdehnung eines Hautleidens ist, um so weniger Unbequemlichkeiten darf aus leicht ersichtlichen äufseren Gründen die Behandlung mit sich bringen, eine um so einfachere Therapie verlangt der Patient und wünscht der Arzt.

Derartige Indikationen lagen bisher vor hauptsächlich bei dem Erysipel, lymphangitischen Prozessen, bei der Rosacea, bei Akne pustulosa, bei einzelnen Furunkeln und Residuen furunkulöser und impetiginöser Prozesse, bei ganz umschriebenen Ekzemflecken, beim Lupus, beim Ulerythema centrifugum und bei vereinzelten Lepromen sowie Neurolepriden.

Eine zweckmäfsige Behandlung der tiefgreifenden unter diesen Prozessen, wie der Leprome und Furunkel, hatten wir in der Applikation kleiner Stücke des Ichthyolpflastermulls. Bei den mehr oberflächlichen umschriebenen Affektionen und denen von reizbarem Charakter, wo eine sehr milde Ichthyolwirkung erforderlich war, hatten wir eigentlich nur die Wahl unter dem Ichthyolkollodium, dem Zinkichthyolleim, den mit Gummi oder Dextrin hergestellten Ichthyolfirnissen und der einfachen Aufpinselung des Ichthyols in Substanz Es könnte scheinen, als ob die letzteren vier Methoden für die besagten Zwecke genügten; aber eine jahrelange Praxis hat mir gezeigt, dafs gerade für die wichtigsten unter den oben genannten Indikationen diese Applikationsweisen sämtlich unpraktisch und daher in vielen Fällen erfolglos waren.

BOSTON MED. LIBRARY JUN 5 1897

Die einfachste, absolut trockene und daher reinlichste unter denselben ist offenbar die Aufpinselung von Ichthyolkollodium und, wo eine Kompression neben der Ichthyolwirkung erforderlich ist, wird man auch in Zukunft desselben nicht entraten können. Die Ablösung der Kollodiumkruste von der Haut ist aber so schwierig und oft so reizend, dafs diese Methode eigentlich nur da Anwendung finden sollte, wo sie mehrere Tage hindurch ohne Unterbrechung fortgesetzt werden kann. Sie ist daher bei bedeckt getragenen furunkulösen Entzündungen, ebensolchen Ekzemen und Lepromen, beim Erysipel und ähnlichen Prozessen zu empfehlen. Dagegen ist das Ichthyolkollodium ausgeschlossen bei der ambulanten Behandlung derselben Prozesse im Gesicht und ebenso bei der ambulanten Behandlung des Lupus und des Ulerythema centrifugum.

Für diese letzteren Affektionen blieben also nur die Leime und wasserlöslichen Firnisse übrig, welche während der Nacht appliziert und bei Tage abgewaschen werden konnten. Unter diesen hatte der Zinkichthyolleim den grofsen Vorteil mit dem Ichthyolkollodium gemein, eine vollkommen trockene Decke zu bilden. Wie wichtig dieser Punkt speciell für die nächtliche Behandlung der Rosacea des Gesichts und der Akne pustulosa ist, weifs jeder praktische Dermatologe aus Erfahrung. Aber die bei nächtlicher Einleimung notwendig werdenden warmen Abwaschungen der Leimdecke bilden für einige dieser Affektionen bereits einen zu grofsen Reiz, speciell für manche Fälle von Rosacea und das Ulerythema centrifugum. Und gerade bei diesen beiden Hautleiden ist eine Applikation und Entfernung des Ichthyols ohne jeden künstlichen

Reiz die conditio sine qua non des Gelingens. Bei der Akne pustulosa und anderen Eiterprozessen hinwieder ist die Anwendung des Zinkichthyolleims unpraktisch, weil darunter die Eiterherde nur reifen, anschwellen und daher schmerzhafter werden, ohne hinreichende, direkte Beeinflussung durch das Ichthyol. Überhaupt ist die Form des Leims eine im allgemeinen zu schwache für die hier in Betracht kommenden Prozesse.

Es bleiben somit nur die wasserlöslichen Firnisse des Ichthyols und die denselben anzureihende Aufpinselung des Ichthyols in Substanz übrig, welche dem Postulate einer energischen Wirkung und möglichster Reizlosigkeit beim Auftragen und Abwaschen neben einander gerecht werden. Sie würden deshalb auch ohne Zweifel vielseitig gebraucht werden, wenn sie andererseits nicht sämtlich den Fehler besäfsen, hygroskopisch zu sein. In dieser Beziehung stehen sie hinter dem Ichthyolkollodium und dem Zinkichthyolleim entschieden zurück. Es war deshalb in meiner Praxis ein seit langer Zeit gefühltes Desiderat, den gebräuchlichen, wasserlöslichen Firnissen ihre Hygroskopizität nehmen zu können, ohne den Vorteil einzubüfsen, welchen ihre reizlose Applikation besonders bei Behandlung der reizbaren Erytheme des Gesichts (Rosacea, Ulerythema centrifugum) an und für sich besafs. Ich bin sogar überzeugt, dafs einer Reihe angesehener Fachkollegen die Vorteile der einfachen Ichthyolisierung bei der Rosacea, Akne und beim Ulerythema centrifugum nur deswegen bisher entgangen sind, weil sie hier die Applikation aus Mangel an besseren Methoden mit Ichthyolsalben und -pasten durhzuführen versuchten und die entstehenden unliebsamen Reizungen anstatt dem unzweckmäfsigen Vehikel, dem Ichthyol selbst in die Schuhe schoben.

Bisher war nun, wie aus dem Gesagten hervorgeht, die wasseranziehende Kraft des Ichthyols, die — nebenbei bemerkt — sehr wohl neben der reducierenden Kraft der Substanz für manche therapeutische Wirkungen in Betracht kommt, nur durch die entgegengesetzten Eigenschaften des Kollodiums und der Gelatine zu überwinden. Zusätze von Gummi arabicum, Kleister, Dextrin, Albumin, genug solchen wasserlöslichen Stoffen, welche wir allgemein zur Herstellung wasserlöslicher Firnisse benutzen, konnten die bleibende Feuchtigkeit der entstehenden Ichthyoldecke nicht bändigen. Ebenso führte die Aufpinselung des reinen Ichthyols nur zu einer sehr langsam und nie vollkommen austrocknenden Decke.

Ich unternahm daher zusammen mit Herrn Dr. Helmers eine gröfsere Versuchsreihe, um ein Austrocknungsmittel für wasserlösliche Firnisse ausfindig zu machen. Ein solches fand sich auch bald in der rohen, ungequollenen Stärke. Solange wir mit Stärkelösungen (Kleister) operierten, trockneten die erhaltenen Decken nur sehr langsam ein.

Beispiele:

I. 1 Tl. Ichthyol-Ammonium und 2 Tle. Kleister (10 Tle. Wasser auf 1 Tl. Stärke) wurden innig gemischt, und von dieser Lösung 3 Tropfen in dünner Schicht gleichmäßig über 6 qcm einer Glasplatte verteilt. Der Firnis trocknete dann bei Zimmertemperatur in etwas mehr als ½ Stunde.

II. Ein Gemisch aus gleichen Teilen Ichthyol und Stärke (Verhältnis der Stärke zum Wasser wie 1 : 15) bedurfte unter denselben Bedingungen zum Eintrocknen ca. ¾ Stunden.

Aufserdem mischten sich die Lösungen von Ichthyol und Stärke nur unvollkommen. In dieser Beziehung sind Gummilösungen vorzuziehen, welche wesentlich haltbarere Lösungen ergeben. Aber auch hier war die definitive Eintrocknung äufserst verzögert.

Beispiel. Es wurde Gummi arabicum in der gleichen Menge Wasser in der Wärme gelöst, und zu 1 Teil dieser Lösung 1 Teil Ichthyol Am. hinzugefügt. Der Firnis (3 Tropfen) trocknete auf einer Glasplatte (6 qcm.) bei Zimmertemperatur in etwa ¾ Stunden ein.

Diese Kleister-, resp. Gummigemische trockneten allerdings auf der warmen Haut viel rascher (in etwa 5 Minuten), aber verloren niemals, auch nach langer Zeit nicht, einen Rest von Klebrigkeit, sodafs sie zur Bepinselung z. B. des Gesichts im Bette untauglich waren. Ähnliche Resultate, die ich nicht im Einzelnen anführen will, erhielten wir bei einfachen Zusätzen von Albumin- und Kaseïnlösungen.

Ganz anders gestaltete sich jedoch die Sache, wenn dem Ichthyol ungequollene Stärke zugesetzt wurde. Beim Verhältnis des Ichthyols zur Stärke wie 2 : 1 war die Eintrocknung allerdings sehr beschleunigt, aber die Hygroskopizität in der Wärme noch nicht vollkommen getilgt. Dagegen wurde dieser Punkt ganz erreicht bei einem Verhältnis von 1 : 1. Um diese Mischung zu ermöglichen, mufs die Stärke mit der Hälfte ihres Gewichts kalten Wassers angefeuchtet werden, wobei sie natürlich nicht aufquillt.

Solche Mischungen sind nicht mehr hygroskopisch, aber sie sind für unsere Zwecke noch nicht brauchbar, da die Stärke sich allmählich zu Boden setzt, und ein einfaches Schütteln keine vollkommene Mischung wieder hervorbringt. Es bedarf also noch eines Zusatzes, welcher die Stärke permanent in Schwebe hält, und einen solchen fanden wir ebenfalls in der Reihe der hierher gehörigen firnisbildenden Substanzen, nämlich im Albumin. Es gehören nur sehr geringe Mengen Albumin dazu, das Absetzen der Stärke zu verhindern. Um nicht wieder unnötige Wassermengen dem Gemisch einzuverleiben, nimmt man von einer in gelinder Wärme hergestellten, koncentrierten Albuminlösung 1—1½ % des ganzen Firnisses oder entsprechend mehr, falls dieselbe weniger koncentriert ist. Die definitive Formel eines solchen wasserlöslichen Ichthyolsiccativs lautet demnach:

Ichthyol	40	Teile
Stärke	40	„
Albumin-Lösung	ca. 1—1½	„
Wasser	ad 100	„ (somit ca. 20 Teile).

Die Konstituentien müssen in folgender Reihenfolge verrieben werden: Zuerst wird die Stärke mit dem Wasser gleichmäfsig befeuchtet, dann das Ichthyol mit derselben gut verrieben und endlich die Albuminlösung hinzugemischt.

Unsere Versuche, neben diesem sehr koncentrierten Siccativ ein schwächeres für gewisse Leiden (Rosacea, Ulerythema centrifugum) darzustellen, scheiterten daran, dafs bei anderen Koncentrationen die sich so gut ergänzenden Eigenschaften der Stärke und des Albumins verloren gingen. Ich habe jedoch auch in der Praxis schwächere Firnisse nicht vermifst, da man es in der Hand hat, durch Aufstreichen und Antrocknen einer sehr geringen Menge des Firnisses auf der Haut und nachträgliches feuchtes Abwischen eine trockene Firnisdecke von beliebiger Feinheit auf der Haut zu erzeugen.

Ich lasse neben diesem Firnisse jedoch noch einen anderen anfertigen, der hauptsächlich für die Zwecke der kleinen Chirurgie komponiert ist, nämlich einen wasserlöslichen Ichthyol-Karbolfirnis. Die antiseptischen Eigenschaften der Karbolsäure ergänzen sich für viele Zwecke, die ich nicht besonders namhaft zu machen brauche, mit den entzündungswidrigen und keratoplastischen des Ichthyols dergestalt, dafs wir in diesem schnell trocknenden (hierin mit dem Ichthyolkollodium rivalisierenden) und doch jeden Augenblick mit Wasser abwaschbaren Firnis eine für viele Vorkommnisse der täglichen Praxis geradezu ideales Verbandmittel besitzen.

Dieser Karbol-Ichthyolfirnis wird natürlich ohne Albumin hergestellt, da dieses keinen Karbolzusatz verträgt. Dasselbe ist hier aber auch unnötig, da die Karbolsäure in ähnlicher Weise wie das Albumin das Absetzen der Stärke verhindert, wie es scheint, durch eine Einwirkung auf die physikalische Beschaffenheit des Ichthyols.

Die Formel für diesen zusammengesetzten Firnis lautet:

Ichthyol	25	Teile
Karbolsäure	2,5	„
Stärke	50	„
Wasser	22,5	„

Das Ichthyol und die Karbolsäure werden in dem Wasser in der Wärme gelöst. Aus dieser Lösung scheidet sich beim Erkalten die Karbolsäure nicht wieder aus, obgleich sie in destilliertem Wasser nur zu 6—7 % (hier 10 %) löslich ist. Zu dieser Lösung wird dann die gleiche Quantität Stärke allmählich hinzugerieben.

Durch die Einführung dieser beiden wasserlöslichen Siccative, welche als

Ichthyolfirnis (Vernisium Ichthyoli) und

Ichthyolkarbolfirnis (Vernisium Ichthyoli carbolisatum)

zu benennen wären, glaube ich eine Lücke in der Therapie der Hautkrankheiten ausgefüllt zu haben.

Der wasserlösliche Ichthyolfirnis vereinigt alle Vorzüge der übrigen zusammengesetzten Ichthyolpräparate zur Behandlung umschriebener Hautleiden ohne deren bisher störend empfundene Eigenschaften. Er ist bedeutend ichthyolreicher und daher wirksamer als der Zinkichthyolleim,[1] trocknet ebenso rasch und vollständig ein (etwa in 2 Minuten), ohne beim Schwitzen sich wieder — wie der Leim — zu lösen. Er teilt die saubere Applikation mit dem Ichthyolkollodium, übertrifft dieses Präparat in praktischer Beziehung weitaus durch seine leichte Abwaschbarkeit und steht demselben nur dort nach, wo ausnahmsweise eine sehr starke Kompression neben der Ichthyolwirkung erwünscht ist.

Den bisherigen wasserlöslichen Gummi-, Kleister- und Dextrinfirnissen gegenüber ist der mit roher Stärke bereitete Ichthyolfirnis als ein entschiedener Fortschritt in jeder Richtung zu bezeichnen.

Speciell für diejenigen Hautleiden, bei welchen die äufsere Ichthyolapplikation in der Hand vieler Kollegen bisher auf Schwierigkeiten stiefs, weil die Nebenwirkung des Vehikels Reizungen hervorbrachte, welche dem Ichthyol selbst zur Last gelegt wurden, erscheint der Ichthyolfirnis als ein durchaus zuverlässiges Präparat. Die Nebenwirkungen dieses Vehikels sind solche, dafs sie die abschwellenden, anämisierenden, resorbierenden Eigenschaften des Ichthyols eher verstärken, als abschwächen.

Ich denke hier vornehmlich an die Behandlung der Akne bei Personen mit leicht reizbarer Gesichtshaut, wo manche Fachgenossen nach der Applikation von Ichthyolsalben nur Reizerscheinungen beobachtet, dagegen die eigentlichen Ichthyolwirkungen garnicht gesehen haben. Ich habe ferner sämtliche Fälle von Rosacea seborrhoica im Auge, sodann die dem Frost nahestehenden Rosac. simplex. Es ist ein grofser Vorteil für diese nur Nachts zu behandelnden Affektionen, dafs einerseits der Ichthyolfirnis in 2 Minuten vollständig trocken ist und die Bettwäsche nicht beschmutzt, andererseits am Morgen sich mit

r von der Haut sofort rein abwaschen läfst. Am wichtigsten sind aber die öfter genannten Eigenschaften vielleicht für die Behandlung des Ulerythema centrifugum, bei welchem die sonst vorzügliche Ichthyolapplikation, welche von Ravogli zuerst dringend empfohlen worden ist,

---

[1] Es lassen sich in beschränktem Mafse allerdings stärkere Ichthyolleime herstellen (Ichthyol übt einen peptonisierenden Einfluſs auf die Gelatine aus), jedoch beeinträchtigt die Inkorporation in Leim hier wie überall in hohem Grade die Tiefenwirkung des Medikamentes.

daran scheiterte, dafs bei den meisten Patienten überhaupt keine fettigen Vehikel bei dieser Affektion vertragen wurden und schon die Reizungen bei der Entfernung des Ichthyolkollodiums zu Recidiven Veranlassung gaben. Auch die Indikationen des Ichthyols beim Ekzem werden durch die Schaffung dieses ersten wasserlöslichen Firnisses erheblich hinausgerückt. Die in meiner Schrift „*Ichthyol und Resorcin*“[1] genannten Intertrigines und das tuberkulöse Ekzem waren bisher die einzigen Ekzemformen, für welche das Ichthyol ein specifisches d. h. allein ausreichendes Heilmittel darstellte. Für die übrigen wichtigen Ekzemformen, speciell für das allerhäufigste, seborrhoische Ekzem konnte Ichthyol nur als Adjuvans gelten. In dem Gebrauche des neuen Ichthyolfirnisses liegt nun die Möglichkeit vor, eine viel stärkere Ichthyoleinwirkung zu erzielen und gleichzeitig die Reizwirkungen der stärkeren Dosierung durch die reizmildernden Eigenschaften des Vehikels zu paralysieren. In der That hat sich der Ichthyolfirnis in letzterer Zeit auch als ein ausreichendes Heilmittel bei stärkeren entzündlichen seborrhoischen Ekzemen, besonders denjenigen der Kinderköpfe bewährt. Auch die zuerst von mir angegebene specifische Wirkung des Ichthyols beim Erysipel kommt natürlich am reinsten zur Geltung beim Gebrauche des besagten Ichthyolfirnisses. Es bedarf weiter keiner Erörterung, dafs die Behandlung des Gesichtserysipels bequemer und angenehmer mit dem Ichthyolfirnifs als mit dem bisher hauptsächlich angewandten Ichthyolkollodium durchgeführt wird. Indem ich mich vorläufig auf diese Indikationen des Ichthyolfirnisses beschränke, gehe ich nunmehr zur Verwendung des Ichthyolfirnisses als Vehikel für andere Medikamente über.

Es ist ein von mir des öfteren hervorgehobenes gutes therapeutisches Princip, verschiedene Heilmittel einer und derselben Gattung in demselben Rezept zu vereinigen. Man erhält auf diese Weise eine nach der gewünschten Richtung verstärkte Wirkung, während die unerwünschten Nebenwirkungen der einzelnen Medikamente sich weniger bemerkbar machen. So dient der Ichthyolfirnis in seiner Eigenschaft eines reduzierenden Firnisses als Vehikel für sämtliche anderen reduzierenden Medikamente, wo wir dieselben bei umschriebenen Hautleiden anzuwenden wünschen. Beispielsweise kann man Chrysarobin (2 bis 5 %) in Form eines Ichthyolfirnisses im Gesichte mit derselben Ruhe verordnen wie Chrysarobinkollodium. Durch Hinzufügung dieses Medikaments, wie auch des Pyrogallols, des Resorcins, des Schwefels läfst sich eine Behandlung sämtlicher parasitärer Ekzemformen, der Psoriasis und anderer parasitärer Hautkrankheiten, wenn dieselben umschrieben sind, mit Leichtigkeit durchführen. Man wird mir erlassen, auf die zahllosen Indikationen in dieser

[1] Hamburg 1886, Verlag Leopold Voss. Preis *M.* 1.60

Richtung einzugehen. Wichtiger erscheint es mir, darauf hinzuweisen, dafs die Konsistenzverhältnisse des Ichthyolfirnisses es verlangen, dafs man für jede Menge eines neuen Medikaments ungefähr ein gleiches Gewicht an Wasser oder Öl zusetzt, um die gleichmäfsige Verreibung zu ermöglichen und den Charakter eines dickflüssigen Firnisses zu wahren. Ich verwende hierzu meistens das ebenfalls reduzierende und rasch eintrocknende Leinöl.

Zum Schlusse möchte ich bemerken, dafs der hier zum ersten Male angegebene Weg, einen hygroskopischen Körper wie das Ichthyol zu einem wasserlöslichen und doch schnell trocknenden Firnis (Siccativ) zu verarbeiten, vielleicht ganz im allgemeinen für derartige Zwecke verwertbar ist. — Auch bei den übrigen nicht wasseranziehenden Substanzen wird die hier angegebene Suspension von Stärke in einer schwachen Albuminlösung sich empfehlen, wenn es sich um die Verschreibung eines sehr rasch trocknenden Firnisses handelt.

Über „Lippenfrost."

Von

P. Taenzer,
Spezialarzt für Hautkrankheiten in Bremen.

Ein mir sehr nahestehender, jetzt 33jähriger Herr leidet seit seinem 12. Jahre an einer Affektion der Unterlippe, die an und für sich nichts Seltenes ist, allein durch ihre Lokalisation für die Dermatologen nicht ohne Interesse sein dürfte. Bei Durchsicht der mir zugängigen Litteratur habe ich wenigstens nicht die geringste Andeutung finden können, welche mit dem gleich näher zu beschreibenden Falle in Analogie gebracht werden könnte. Die Krankengeschichte ist kurz folgende:

Der Patient führt sein Leiden auf den strengen Winter von 1870/71 zurück, wo dasselbe mit heftigem Brennen in der Unterlippe, zu dem sich noch Schwellung und blaurote Verfärbung hinzugesellte, angefangen hat. Ohren, Nase und Hände blieben davon verschont; anfangs April 1871 ging die Affektion spontan zurück, nachdem sie jeder medikamentösen Behandlung Trotz geboten hatte.

Der Patient glaubte sich schon von seinem Leiden befreit, als im Oktober 1871 dieselbe Affektion sich einstellte und zwar genau wie das erste Mal, nur infolge der tiefen Rhagadenbildung mit gröfserer Schmerzhaftigkeit verbunden. Als Prodrom trat eine mehrtägige, sich täglich erneuernde Desquamation der ergriffenen Stelle auf. Der Verlauf war

genau derselbe wie das erste Mal, und Ende März verschwand der ganze Symptomenkomplex, nachdem er durch medikamentöse Behandlung in keiner Weise beeinflufst worden war. Von jetzt an fand sich das Leiden mit absoluter Gewifsheit im Oktober jeden Jahres ein, um dann mit Eintritt der wärmeren Jahreszeit wieder zu verschwinden. Die Affektion juckt zuweilen, namentlich bei Berührung. Während des Essens, beim Lachen oder beim Sprechen reifst die während der Nacht oberflächlich verklebte Rhagade unter heftigem Schmerze sehr leicht wieder ein und blutet dann etwas. Niemals findet Eiterung statt und niemals kommt es zu einem Substanzverlust mit konsekutiver Narbenbildung. Im Sommer ist von der Affektion weder objektiv noch subjektiv etwas nachweisbar, sodafs man der Stelle absolut nicht ansieht, dafs sie während der Winterszeit eine schwere Erkrankung durchgemacht.

Die Oberlippe ist stets von der Affektion freigeblieben. Da ich den Fall viele Jahre hindurch genau beobachtet und behandelt habe, bin ich in der Lage eine genaue Beschreibung des Krankheitsverlaufes liefern zu können.

Gegen Ende Oktober ungefähr stellt sich Auflockerung der Hornschicht in dem mittleren Drittel der Unterlippe ein, sodafs man die Hornschicht in toto auf der befallenen Strecke mit den Fingern abheben kann. Diese Desquamation wiederholt sich an manchen Tagen bis zu drei Mal. Die der Hornschicht entblöfsten Stellen sind sehr schmerzhaft und trocknen an ihrer Oberfläche zu einer bräunlichroten festen papierdünnen Platte ein. Diese Abschuppung, welche der Patient als den Vorläufer der eigentlichen Affektion bezeichnet, dauert 6—8 Tage, dann entsteht ein leichtes Brennen, Gribbeln und Jucken im mittleren Drittel der Unterlippe, die Farbe daselbst geht von dem Frischrot ins Blaurote bis Rotbraune über, die Lippe schwillt an dieser Stelle an, wird etwas ektropioniert, und in der Anschwellung selbst, welche sich ganz weich anfühlt, fühlt der palpierende Finger eine etwa kleinkirschengrofse runde Geschwulst von teigiger Konsistenz, welche nach Verlauf von 1—2 Tagen eine Einkerbung vom äufseren Hautsaume quer nach dem Frenulum labii inferioris erhält, sodafs die ganze Geschwulst durch diese immer tiefer werdende Rhagade in 2 gleiche Theile gespalten wird. Im weiteren Verlaufe des Prozesses fangen die beiden halbkugeligen Theile an auf ihrer Oberfläche einzutrocknen und die eingetrocknete Hornschicht beginnt sich an der Peripherie zu lösen und nach oben umzukrempeln, sodafs das ganze eingetrocknete Stück ein gedelltes Aussehen bekommt. Die vollkommene Ablösung erfolgt im Verlaufe eines Tages, und wenn dieselbe vor sich gegangen, ist die Lippe scheinbar normal, aber sehr empfindlich. Bei der geringsten stärkeren Muskelbewegung, z. B. beim Lachen, Essen etc. reifst die Lippe wieder in der Mitte ein und der Prozefs beginnt

genau wieder von vorn, wie oben beschrieben (Rhagadenbildung, Anschwellung, Verfärbung, Ablösung). Drüsenanschwellung ist niemals beobachtet worden.

Der ganze Symptomencyklus braucht 6—8 Tage und wiederholt sich, sobald ein derartiger Cyklus mit Abstofsung der eingetrockneten Schicht geendet hat, unverdrossen von Anfang an, sodafs der Patient einige 20 derartige Schübe per Winter durchzumachen hat.

Mit dem Eintritt der wärmeren Jahreszeit verschwindet die Krankheit spontan, im übrigen habe ich sie mit allen möglichen Medikamenten (Kamphor, Resorcin, Schwefel, Jod, Quebracho etc. etc.) behandelt, ohne einen dauernden Erfolg zu erreichen. Meist erlangte ich nur eine Besserung der Schmerzhaftigkeit und des Juckens. Am besten bewährte sich ein Guttaperchapflastermull mit Bleipflaster-Perubalsam, unter dem sich die Rhagaden schnell schlossen.

Was die Diagnose betrifft, so kommt meines Erachtens nur eine Krankheit in Betracht, auf welche alle Symptome passen, und das ist „der Frost". Der Beginn in der kalten Jahreszeit, die regelmäfsige Wiederkehr zu dieser Zeit, die cyanotische Verfärbung, die Rhagadenbildung, das Brennen und Jucken in der erkrankten Partie, die Hartnäckigkeit gegen jede Therapie, der Mangel an Eiterung und Narbenbildung sind nach meiner Überzeugung Symptome, welche in ihrer Gesamtheit einen Zweifel an der Diagnose nicht zulassen. Etwas verblüffend wirkt allerdings die Lokalisation des Leidens an der Lippe, zu der ich, wie schon oben gesagt, ein Pendant in der Litteratur nicht auffinden konnte. Indessen, wenn man bedenkt, dafs dieser Teil des menschlichen Körpers ebenso der Kälte exponiert ist, wie die Nase und die Ohren (vielleicht sogar noch etwas mehr, wegen der gröfseren, fortwährend schwankenden Temperaturgrenzen zwischen dem warmen Atem und der kalten Luft der Umgebung) und dafs man selten einen Patienten so lange in Beobachtung hat, um aus der sich regelmäfsig jeden Herbst oder Winter präcise einstellenden Affektion die Diagnose „Frost" stellen zu können, so wird auch dieser Punkt uns nicht gar so fremdartig mehr vorkommen.

Jedenfalls sind Affektionen der Mundschleimdrüsen, wie sie Unna[1] kürzlich beschrieben, mit der von mir geschilderten Affektion nicht zu verwechseln, denn der Mangel jeder Eiterung mit nachfolgender Narbenbildung, die regelmäfsigen Recidive zur Winterszeit, das jedesmalige Auftreten an derselben Stelle, der regelmäfsige Kreislauf der Symptome, die Hartnäckigkeit gegen die Jodtinkturbehandlung, die Be-

[1] cf. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. XI. S. 317.

kung auf die Hornschicht, sind eine Reihe zu wichtiger gegen die sche Krankheit sprechender Faktoren.

s bliebe nur noch übrig, die Differentialdiagnose mit Syphilis zu n. (Von vornherein will ich bemerken, dafs Lues in dem von mir beschriebenen Fall mit voller Sicherheit auszuschliefsen ist, da ich en Patienten seit meiner Kindheit kenne und mich für die Wahrheit Angaben verbürgen kann.) Die tiefe Rhagadenbildung ebenso wie . der Lippe zu fühlende kirschenartige Geschwulst würden von allen tomen allein für die Diagnose der Syphilis (namentlich der heredi-) heranzuziehen sein, allein erstere hat ihren Sitz meist in den winkeln, seltener in der Lippe selbst, und heilt dann stets unter enbildung, die letztere würde man nur als Gumma auslegen können, lies würde doch entschieden entweder zur Ulceration gelangen oder sich assender Behandlung zurückbilden, ohne jeden Winter zu derselben und an derselben Stelle zu recidivieren. Auch fehlt zur Begründung iagnose Syphilis die absolut nötige Schwellung der betreffenden hdrüsen.

uberkulose ist aus ähnlichen Gründen auszuschliefsen, und so weist alles auf die zwar kurios klingende, aber in diesem Falle einzig fende Diagnose „Lippenfrost" zurück.

Aus der dermatologischen Universitäts-Klinik von Prof. Schweninger in Berlin.

Über die Darierſsche Dermatose,

an der Hand eines selbst beobachteten Falles

Von

Dr. F. Buzzi und Dr. F. Miethke.

(Schlufs.)

Die „Psorospermien".

Bevor wir uns zu dem schwierigsten Teil dieser Arbeit wenden, welcher sich mit den „Psorospermien" im speziellen zu beschäftigen hat, wollen wir noch einige Worte über die bei diesen Untersuchungen angewendeten Präparationsmethoden, so weit deren nicht schon am Eingang des histologischen Teiles Erwähnung gethan worden ist, an dieser Stelle vorausschicken.

Die besten Resultate lieferten uns ungefärbte Zupfpräparate, die aus den abgekratzten und darauf in Kalilauge oder Ammoniak aufgeweichten

Hornmassen hergestellt waren, und Präparate von Hornmassen sowohl als auch von Schnitten, die dem künstlichen Verdauungsprozesse ausgesetzt worden waren. Zu diesem Zwecke wurden dieselben auf dem Objektträger in Verdauungsflüssigkeit folgender Zusammensetzung:

Pepsin	0,5
Acid. mur. puriss.	gtt. XX.
Aq. dest.	100,0

eingebettet und in einer feuchten Kammer bei 38° Celsius dem Brutofen übergeben. Nach 3—4 Tagen waren dann von der Cutis nur noch die elastischen Fasern übrig, die Retezellen aufgelöst, die Hornzellen mit erhalten gebliebenem Zellenmantel stark aufgequollen und durchsichtig. An den „Psorospermien" dagegen war keine Spur einer Veränderung eingetreten, auch wenn wir den Verdauungsprozefs 10 Tage lang hatten einwirken lassen. Durch die Zerstörung oder Aufquellung der umgebenden Zellen waren demnach für die Beobachtung dieser Gebilde die günstigsten Bedingungen gegeben, günstigere, als wir sie in den meisten Fällen durch Färbungsverfahren erzielt haben.

Letztere sind natürlich von uns nicht unversucht geblieben. Wir haben aber mit Bowen die Erfahrung machen müssen, dafs eine specifische Färbung der „Psorospermien" nicht zu erreichen ist. Das Verhalten derselben Farbstoffen gegenüber ist geradezu als ein launenhaftes zu bezeichnen; denn zuweilen färben sich diese Gebilde mit ein und demselben Farbstoff ziemlich intensiv, dann wieder weniger, manchmal überhaupt nicht, ohne dafs man für dieses Verhalten eine Erklärung beibringen könnte.

Darier hat zur Färbung empfohlen „une solution d'iode ioduré ou hématoxyline". Wir haben die bekannte Lugolsche Lösung:

Jod. pur.	1.0
Kali jodat.	2.0
Aq. dest.	200.0

sowohl zur Färbung der erweichten Hornmassen als auch der Schnitte angewendet, haben jedoch durch dieselbe keine sonderliche Differenzierung der „Psorospermien" von den Epithelzellen erreichen können, ebensowenig durch Färbung mit Hämatoxylin. Dieses letztere wird von uns in einer sehr alten, einprozentigen alkoholischen Lösung angewendet. Einige Tropfen von derselben kommen in ein Uhrschälchen voll 5prozentiger Aluminlösung. Die Färbung des Präparates dauert mehrere Stunden. Darauf wird mit Alkohol und 1prozentiger Essigsäure entfärbt.

Gute Differenzierung wenigstens einiger Formen der „Psorospermien" haben wir mittels Löfflerscher Methylenblaulösung auf folgende Weise erreicht. Die frisch abgekratzten Hornschuppen wurden mindestens 72 Stunden lang mit Löfflerscher Lösung gefärbt, die auf die Hälfte mit

Liquor Kali caust. 0.6
Aq. dest. 100.0

verdünnt war. Die darauf dunkelblau gefärbten und gleichzeitig erweichten Massen wurden nun auf dem Objektträger mit Alkohol absolutus entfärbt. Epithelzellen wurden annähernd farblos, während die „Psorospermien" durch eine schöne blaue Färbung inmitten ersterer auffielen. Die Färbung, ist leider eine sehr flüchtige, und schon nach einigen Tagen beginnen die Präparate, in Glycerin aufbewahrt, abzublassen.

Auf Schnitten werden die Konturen der „Psorospermien" sehr scharf gezeichnet durch Kongorot und sulfosaures Nigrosin, wie überhaupt diese beiden Farbstoffe neben der specifischen Affinität für das Eleidin auch die Eigenschaft besitzen, Zellenkonturen ausgezeichnet hervortreten zu lassen.

Die besten Dienste von allen angewandten Farbstoffen hat uns für die Untersuchungen der Psorospermien in Schnitten eine Pikrokarminlösung geleistet, deren Zusammensetzung und Zubereitung für Nachuntersuchungen vielleicht von Interesse sein dürfte.

Ein Gewichtsteil Pikrinsäure wird in Ammoniak aufgelöst und zu der erhaltenen dunkelgelben Flüssigkeit ein gleicher Gewichtsteil fein gepulverten Karmins hinzugesetzt. Das Ganze wird hinreichend geschüttelt, und darauf läfst man es an der Luft stehen, wobei öfters, um ein Eintrocknen der Lösung zu verhüten, etwas Wasser hinzugefügt werden mufs. Nach einigen Wochen bilden sich Schimmelpilze auf derselben. Unbekümmert um dieselben läfst man die Lösung nach drei Monaten eintrocknen. Darauf löst man wieder in Wasser auf, filtriert, dampft auf dem Wasserbade ein und wiederholt dieselbe Procedur, um sich schliefslich eine 1 proz. wässerige Lösung zu bereiten, der man, um nun Schimmelbildung zu verhüten, etwas Kampher hinzusetzt.

Wenn dieses Pikrokarmin auch nicht alle Formen der Psorospermien einheitlich und in allen Gewebsschichten gleichmäfsig färbt, so differenziert es dennoch durch Farbenunterschiede stets diese fremdartigen Gebilde von den umgebenden Zellen. Nebenbei werden durch diese Lösung auch für sonstige histologische Untersuchungen ausgezeichnete Präparate erreicht.

Betrachtet man die in verdünntem Ammoniak aufgeweichten Hornmassen im Zupfpräparat, so finden sich stellenweise in dem Gesichtsfelde nur aufgequollene, meistens verhornte Epithelzellen. An anderen Stellen dagegen fallen neben den Zellenhaufen eigentümliche, grünlich glänzende Körperchen auf, die zuweilen ganz vereinzelt in der Flüssigkeit unter dem Deckglase hin- und herschwimmen, andererseits aber wieder in unzähligen Mengen dicht gedrängt beieinander liegen.

Die Gröfse dieser Gebilde ist schwankend und erreicht etwa ein

Viertel bis die Hälfte einer gewöhnlichen Hornzelle. Die Gestalt ist meistenteils regelmäfsig rund oder oval, zuweilen herz- oder birnenförmig; selten sind einige dieser Gebilde mit Fortsätzen und Ecken versehen.

Die Körperchen bestehen aus einer stark lichtbrechenden homogenen Substanz, in welcher, ziemlich central gelegen, wenn auch nicht immer mit gleicher Deutlichkeit, eine Art von Kern zu erkennen ist. Letzterer ist zuweilen von einem schmalen, hellen Hof umgeben, erscheint als Ansammlung feiner Körnchen und ist durch ein mehr mattes Aussehen von seiner grünlich glänzenden Umgebung ausgezeichnet. (S. Fig. 7, f f.) Einige gröfsere Körperchen sind weniger glänzend; ihr Inhalt erscheint nicht mehr so vollkommen homogen, sondern als eine äufserst feinkörnige Substanz, inmitten welcher unregelmäfsig verteilt kleine hellglänzende Kügelchen eingeschlossen sind. Die Körnchenansammlung in der Mitte ist in diesen Formen selten zu beobachten.

Diese Körperchen sind die von Darier als „grains" beschriebenen Gebilde, und unsere Beobachtungen über dieselben stimmen mit der von diesem Autor gegebenen Beschreibung überein.

Die ausgesprochenen „grains" liegen frei, aufserhalb der Epithelzellen, und auch hierin sind wir gleicher Meinung mit Darier und Bowen. Dagegen spricht das Vorkommen von Zellentrümmern mit deutlichen Dellen und Eindrücken, welche, nach ihrer Form beurteilt, offenbar von den in nächster Nähe liegenden „grains" herrühren, (s. Fig. 7, c und d.) sowie die von uns in einigen Fällen gemachte Beobachtung, dafs ein „grain" noch teilweise in einer dieser Ausbuchtungen festsafs, dafür, dafs einstmals mindestens eine innige Berührung der „grains" mit den umliegenden Zellen stattgefunden hat (s. Fig. 7, b).

Nicht selten läfst sich um einzelne „grains" herum eine konzentrische Anordnung von Hornzellen nicht unähnlich den bei Epitheliomen vorkommenden Zellennestern, den sogenannten „Perlen", beobachten.

Schon bei einigen gröfseren „grains" fällt bei ganz geringen Bewegungen mit der Mikrometerschraube ein glänzender Kontur auf, von dem man im Zweifel sein kann, ob er nicht schon vielleicht als Kapsel zu deuten ist. Dann lassen sich aber einige wenige ausschliefslich sphärische Gebilde beobachten, welche gröfser als die „grains" von einer deutlichen hyalin erscheinenden Membran umgeben sind. Diese Membran umschliefst eine äufserst feinkörnige Substanz und in deren Mitte einen glänzenden Kern, der sich mit einem hellen Hof deutlich von der feinkörnigen Umgebung abhebt. Diese Gebilde liegen entweder frei oder eingeschlossen in einer Epithelzelle (s. Fig. 7, e).

Wir glauben die extracellulär vorkommenden Gebilde dieser Art und die „grains" mit den deutlichen Konturen als diejenigen Formen der „Psorospermien" ansprechen zu dürfen, welche den Übergang zwischen

den „grains“ und den „corps ronds“ DARIERS herstellen und die wir in der Darstellung dieses Autors vermifst haben.

Diejenigen der soeben beschriebenen Gebilde, welche intracellulär gelegen sind, entsprechen in der That den von DARIER als „corps ronds“ bezeichneten Formen (s. Fig. 7, a). BOWEN fand bei seinen Untersuchungen nur eine oder zwei Stellen, welche einige Ähnlichkeit mit Figur 3 auf Tafel IV und mit Figur 7 auf Tafel V der DARIERschen Arbeit hatten und istmehr geneigt anzunehmen, dafs die „corps ronds“ der Zelle mehr adhärent als wirklich im Protoplasma derselben enthalten seien. Wir haben allerdings auf Zupfpräparaten auch nur wenige Bilder angetroffen, durch welche der intracelluläre Sitz dieser „corps ronds“ unzweifelhaft war; man mufs indessen nicht vergessen, dafs letztere in tieferen Regionen der Epidermis gelegen und deshalb in den abgekratzten Hornmassen nur in geringer Anzahl vorhanden sind. Der Oberfläche zunächst sitzen eben die „grains“, und deshalb sind in Zupfpräparaten die von uns angefügten Bilder (Fig. 7, e und f), d. h. grains in Berührung mit Zellen, aber stets aufserhalb derselben gelegen, die bei weitem am häufigsten. Diese allein sind „grains“, und niemandem ist es zweifelhaft gewesen, dafs dieselben extracellulär vorkommen. Mit den „grains“ dürfen aber nicht verwechselt werden die „corps ronds,“ welche sich vor ersteren, aufser durch ihren intracellulären Sitz, auch durch andere Strukturverhältnisse auszeichnen.

Diese „corps ronds“ finden sich meistens vereinzelt, nur sehr selten zu zweien in einer Epithelzelle eingeschlossen. Im letzteren Falle ist die Wirtszelle dementsprechend vergröfsert. Im übrigen läfst dieselbe, was Form, Beschaffenheit ihres eigentlichen Inhaltes und ihren Zellenmantel anbetrifft, keine Abweichungen von dem normalen Verhalten erkennen. Auch besitzt sie keinen Zellenkern, der bekanntlich bei dem Verhornungsprozefs zu Grunde geht. Und wenn DARIER in Zupfpräparaten kernhaltige Epithelzellen, welche eine „Psorospermie“ enthielten, gesehen hat, so ist anzunehmen, dafs dieselben unvollständig verhornt waren.

Haben so die Zupfpräparate den Vorzug, uns die klarste Einsicht in die Strukturverhältnisse dieser eigentümlichen Gebilde zu gestatten, so sind andererseits Schnittpräparate allein imstande, uns über die Lageverhältnisse der einzelnen Formen von den „Psorospermien“ in den Schichten der Haut, über ihr sonstiges Verhalten Aufklärung zu verschaffen, sowie diejenigen der Beobachtung zugänglich zu machen, welche in der Tiefe des Rete liegen und beim Abkratzen nicht mitgefafst werden können.

Die „grains“ finden sich, wie schon im histologischen Teil der Arbeit erwähnt, haufenweise in unzähligen Mengen, aber auch vereinzelt, in der homogenen Substanz des Hornpflockes, und zwar von den basalen

Schichten desselben an bis aufwärts zu den oberflächlichsten Partieen. In den einzelnen Haufen liegen sie eng nebeneinander, und zwischen ihnen sind nur ab und zu mehr oder weniger vollständig verhornte Zellen eingestreut. Bei Färbung mit Pikrokarmin nehmen die „grains" einen etwas intensiveren Farbenton an als die Hornsubstanz.

In der basalen Hornschicht und in der Körnerschicht kommen „grains" noch vereinzelt vor; im allgemeinen jedoch sind wir hier schon in das Gebiet der „corps ronds" gelangt. Dieselben sind ziemlich zahlreich anzutreffen, liegen aber nicht annähernd so massenhaft beieinander wie die „grains" in dem Hornpflock. Zum Unterschiede von letzteren sind die „corps ronds" auch hier intracellulär gelegen. Allein die Wirtszelle läfst weder ein Protoplasma noch einen Zellenkern erkennen, sondern nur einen dicken glänzenden Zellenmantel. Demnach erscheint die „Psorospermie" als „corp rond" etwas peripher in einem grofsen leeren Raume eingeschlossen, welcher von dem Zellenmantel umgeben wird. Die Tinktionsfähigkeit des letzteren ist übrigens gering, und mit Pikrokarmin tritt nur eine schwache Gelbfärbung ein.

Zuweilen kommen in der basalen Hornschicht einzelne Zellen zur Beobachtung, welche keine „corps ronds" in ihrem Innern enthalten und doch in ihrer Form und im übrigen Verhalten den psorospermienhaltigen Zellen vollkommen gleichen. Diese Erscheinung entspricht etwa den von Darier ebenfalls beobachteten und von ihm auf Tafel V, Fig. 5, als „cavités vides" bezeichneten Gebilde.

In den Zellen, welche „corps ronds" enthalten, liegen diese letzteren meistens etwas zur Peripherie gerückt, seltener konzentrisch. Der feinkörnige Inhalt hat in diesen Hautschichten eine ausgesprochene Tinktionsfähigkeit für unser Pikrokarmin gewonnen und wird durch dasselbe intensiv rot gefärbt. Da die Zelle selbst und die übrige Umgebung gleichzeitig nur einen gelblichen Farbenton annehmen, so sind die „Psorospermien" hier schon bei schwacher Vergröfserung höchst auffallende Gebilde. Der Kern derselben tritt bei dieser Färbung stets deutlich hervor.

In der basalen Hornschicht, die durch das Auftreten des Eleidins ausgezeichnet ist, findet sich diese letztere Substanz auch im Bereiche der „Psorospermien" und zwar so, dafs die einzelnen Tröpfchen denselben aufliegen, gleichsam als ob sie beim Schneiden aus den „Psorospermien" herausgeträufelt wären wie das normale Eleidin aus den Zellen des Stratum lucidum.

Wir haben diese Beobachtung an Präparaten gemacht, die mit gröfster Sorgfalt hergestellt waren. Da erfahrungsgemäfs Eleidin durch Alkohol langsam verändert wird, so wurde beim Anfertigen der Schnitte mit dem Mikrotom jegliche Anwendung von Alkohol peinlichst vermieden. Die Schnitte wurden nur mit Wasser in Berührung gebracht und sofort

nach dem Anfertigen, mit Kongorot, sulfosaurem Nigrosin und Pikrokarmin gefärbt.

In der Körnerschicht färbt sich bei Anwendung von Hämatoxylin der feinkörnige Inhalt der „corps ronds“ und zwar vorzugsweise in den peripheren Regionen derselben mit gleicher Intensität wie das Keratohyalin in den normalen Zellen dieser Schicht. Das kernartige Gebilde dagegen in der Mitte zeigt keine intensiv gefärbten Körnchen, sondern erscheint fast farblos. Diese Beobachtung ist auch von Bowen gemacht worden. Wir nehmen an, dafs die „corps ronds“ in der That Keratohyalin enthalten, besonders auf Grund unserer Beobachtung, dafs sich in der basalen Hornschicht im Bereich dieser Gebilde Eleidin vorfindet und unter Berücksichtigung der Thatsache, dafs das Eleidin als ein wahrscheinliches Umsetzungsprodukt des Keratohyalins diesem letzteren stets folgt.

In den mittleren und tieferen Schichten des Rete treten die „Psorospermien“ noch unter etwas anderer Form auf. Sie liegen als „corps ronds“ ebenfalls in einem runden oder ovoiden Gebilde, welches scharf und deutlich konturiert ist, aber aufser dem „corp rond“ weder Zellenprotoplasma noch einen Kern oder Reste eines solchen in seinem Innern erkennen läfst. Dennoch glauben wir nach der Beobachtung, dafs auf Zupfpräparaten dieses kapselartige, die „Psorospermie“ einschliefsende Gebilde sich deutlich als Epithelzelle charakterisierte, annehmen zu müssen, dafs es sich auch hier um Epithelzellen handelt, in welchen die „Psorospermien“ eingeschlossen sind. Wir haben mit grofser Sorgfalt zahlreiche, mit den besten kernfärbenden Mitteln behandelte Präparate durchmustert, ohne in dem Raume, welcher zwischen den „corps ronds“ und dem Zellenkontur übrig bleibt, auch nur einmal etwas konstatieren zu können, was einem Zellenkern ähnlich gesehen hätte. (S. Fig. 6.)

Die sporospermienhaltige Zelle unterscheidet sich von den übrigen Retezellen durch ihre Gröfse, durch das Fehlen des Stachelmantels und ferner durch einen eigentümlichen Glanz. Die unmittelbar anliegenden Zellen dagegen haben infolge von Druck nur eine Formveränderung erfahren. Sie sind platt gedrückt und lagern sich zwiebelschalenartig an die psorospermienhaltige Zelle an.

Die „corps ronds“, welche in einer solchen Zelle in diesen tieferen Regionen der Epidermis vorkommen, sind etwas gröfser als in der Körnerschicht und in der basalen Hornschicht, liegen ziemlich genau in der Mitte der Zelle und füllen dieselbe zum gröfsten Teil aus. Aufserdem lassen die „corps ronds“ hier eine deutliche, doppelt konturierte Membran erkennen und haben einen Inhalt, der hier nicht ganz so feinkörnig erscheint, wie in den weiter höher auftretenden, vorhin beschriebenen Formen. Inmitten des „corp rond“ tritt oft, aber nicht konstant, ein kernartiges Gebilde zutage. Durch Pikrokarmin nimmt der Inhalt

eine weniger intensive, mehr rötlich-braune Färbung an, während dem Hämatoxylin gegenüber sich die einzelnen Körnchen, und zwar wiederum vorzugsweise die an der Peripherie, ebenso verhalten wie das Keratohyalin in den Zellen der Körnerschicht. Diese Erscheinung läfst sich zuweilen schon an „Psorospermien" beobachten, die in den tiefsten Schichten des Rete gelegen sind, konstant aber an denjenigen, welche, etwa der Mitte der Stachelschicht nach, von absolut keratohyalinfreien Retezellen umgeben sind.

Aus dem Vorausgegangenen ergiebt sich kurz die Thatsache, dafs die eigentümlichen Gebilde, mit einer Membran, einem Protoplasma und Kern ausgestattet, als zellenähnliche Dinge erscheinen und dafs sie, von unten nach oben rückend, einem Verhornungsprozesse unterliegen, wie die echten Epithelzellen. Ferner sind wir auch nach dem Vorausgegangenen zu der Annahme berechtigt, dafs die ausgesprochenen „grains" (Fig. 7 f f), ferner die extracellulär vorkommenden „corps ronds" (Fig. 7 e, von uns als Übergangsformen bezeichnet) und die intracellulär gelegenen „corps ronds" (Fig. 7 a) dasselbe Gebilde in verschiedenen Entwickelungsstadien darstellen.

Es frägt sich nun, ob die Ansicht Dariers, dafs diese Gebilde Parasiten sind, aufrecht zu erhalten ist. Darier weist auf gewisse morphologische Ähnlichkeiten hin, welche zwischen den fraglichen Gebilden und zwischen dem „coccidium oviforme" bestehen, jenem einzelligen tierischen Wesen, welches in der Leber des Kaninchens eine besondere mit Cystenbildung einhergehende Erkrankung hervorruft. In der menschlichen Pathologie dagegen waren vor Darier, abgesehen von einigen wenigen zweifelhaften Beobachtungen, Coccidien als Krankheitserreger nicht anerkannt.

Ferner sucht Darier seine Ansicht durch den Hinweis auf das Molluscum contagiosum zu stützen, eine Hautaffektion, deren Entstehen durch derartige, in den bekannten Molluscumkörperchen auftretende Parasiten bedingt sei. Abgesehen davon, dafs die morphologische Ähnlichkeit zwischen diesen letzteren und den „Psorospermien" eine sehr geringe ist, haben wir schon in der Einleitung zu dieser Abhandlung hervorgehoben, dafs namentlich durch die Arbeit von Török und Tommasoli die parasitäre Natur dieser Körperchen gar sehr in Frage gestellt worden ist und dieselben vielleicht auf die Stufe einfacher Degenerationsprodukte herabgedrängt worden sind.

Eine andere der „Psorospermose folliculaire végétante" ähnliche Erkrankung, bei der ebenfalls „Psorospermien" die Rolle der Krankheitserreger spielen sollen, sieht Darier in der Pagetschen Krankheit der Brustwarze. Durch die Arbeit Wikhams werden die Ansichten Dariers auch bestätigt. Vergessen wir jedoch nicht, dafs Darier selbst bei der Pagetschen Krankheit die Anwesenheit von „Psorospermien" zuerst nachgewiesen hat, und dafs die erwähnte Monographie Wikhams unter Dariers

Ägide entstanden ist. Deshalb scheint uns in diesen Darstellungen das subjektive Urteil DARIERS so vorherrschend zu sein, dafs wir in denselben kaum eine Bestätigung der DARIERschen Theorie von anderer Seite erblicken können. Andererseits haben wir gesehen, wie SPENCER bei den HUTCHINSONschen Fällen der PAGETschen Krankheit die Deutung der bei derselben vorkommenden Gebilde als „Psorospermien" zurückweist und letztere für Kerne degenerierter Epidermiszellen oder für die Sporen irgend welcher Pilze hält.

Auch ist DARIER geneigt, ähnliche Gebilde, die von anderen Autoren und von ihm selbst, in Epitheliomen angetroffen worden sind, als „Psorospermien" anzusehen. Wir haben aber schon mitgeteilt, wie gewichtige Stimmen (KLEBS) die Unzulässigkeit einer solchen Auffassung betonen.[1]

Somit sind die von DARIER der „Psorospermose folliculaire végétante" als analog bezeichneten Affektionen keineswegs im stande, die neue Theorie zu stützen. Es läfst sich nicht leugnen, dafs bei dem Molluscum contagiosum, der PAGETschen Krankheit, und gewissen Epitheliomen eigentümliche Gebilde vorkommen, welche mit den bei der DARIERschen Dermatose auftretenden verglichen werden können, allein die parasitäre Natur aller dieser Gebilde ist nichts weniger als nachgewiesen. Denn der Umstand, dafs sie einzellige Wesen sind, dafs sie intracellulär vorkommen, dafs sie verschiedene Stadien einer Entwicklung durchlaufen, ist noch kein Beweis, dafs sie Parasiten sind. Begegnen wir doch sogar in der normalen Histologie Formen genug, die mit diesen fraglichen Gebilden die gröfste Ähnlichkeit haben. Wir erinnern nur an die Knorpelzellen und an die eigentümlichen zelligen Gebilde in der Thymusdrüse. Im übrigen aber sind die Kenntnisse über die Protozoen überhaupt, geschweige denn über deren krankheitserregende Wirkung noch sehr lückenhaft, wie das auch aus der neuesten Publikation, welche dieses interessante Gebiet betrifft, (*Die Protozoen als Krankheitserreger*, von L. PFEIFFER, Weimar 1890) hervorgeht.

Wir müssen zugestehen, dafs die Ansicht DARIERS etwas sehr bestechendes hat und bei oberflächlicher Betrachtung der Präparate den Eindruck der Wahrscheinlichkeit nicht entbehrt. Wir waren auch anfangs für die Auffassung DARIERS mehr oder minder eingenommen. Allein mehr aus dem Grunde, um weitere Beweise für die parasitäre Natur der fraglichen Gebilde beizubringen als in der Absicht, die Theorie DARIERS umzustofsen, begnügten wir uns nicht, die nach gewöhnlicher

[1] Anmerkung bei der Korrektur. Soeben haben wir von einer Arbeit BORREL (*Arch. de méd. expér.* Novbr. 1890) Kenntnis gehabt, worin der Autor, nach eingehenden Untersuchungen, zu dem Schlusse kommt, dafs die als „Coccidien" beschriebenen Körperchen bei Epitheliomen, der Psorospermose DARIERS, dem Molluscum contagiosum, der PAGETschen Krankheit etc. als eigenartige Bildungs- bezw. Entartungsprodukte und keineswegs als Parasiten aufzufassen sind.

Art und Weise hergestellten histologischen Präparate zu studieren, sondern wir zogen auch das künstliche Verdauungsverfahren in Anwendung.

Über die Art und Weise, in der das geschah, ist schon oben berichtet worden, ebenso über das Verhalten der „Psorospermien" gegen den Verdauungsprozefs, welcher sie auch nach zehntägigem Einwirken absolut unberührt liefs. Wir stellen nun die Frage: läfst sich diese Thatsache mit der parasitären Natur dieser Gebilde vereinbaren?

Wir haben oben aus der Beobachtung, dafs dieselben Keratohyalin und Eleidin enthalten, festgestellt, dafs die „Psorospermien" einen Verhornungsprozefs durchmachen. Infolge einer solchen Veränderung könnten allerdings auch Parasiten der Einwirkung des künstlichen Verdauungssaftes einen gewissen Widerstand leisten. Allein wären diese Gebilde wirklich Parasiten, so hätte sich mindestens auch da, wo sie die Verhornung erleiden, eine Aufhellung oder Aufquellung ihres Inhaltes, oder ein Verschwinden ihres Kernes nachweisen lassen müssen.

Aber nichts von alledem! Nicht eine Spur einer Veränderung haben wir konstatieren können. So zeigten sich demnach diese Gebilde noch widerstandsfähiger als die Molluskumkörperchen, welche nach den Beobachtungen von Török und Tommasoli bei dem gleichen Verfahren nach 6 Tagen granuliert und gespalten erschienen, und wenn sie zuerst in Alkohol gelegen hatten, schon nach 24 Stunden diese Alteration zeigten.

Ein derartiges Verhalten einem so eingreifenden Prozesse gegenüber, wie es die Verdauung ist, dürfte wohl nicht die Eigenschaft von Parasiten sein, auch wenn sie verhornt sind. Wo ist aber je beobachtet worden, dafs sich in Coccidien Keratohyalin und Eleidin bildet? Durch das Auftreten dieser Substanzen geht die Verhornung der fraglichen Gebilde in derselben Weise vor sich, wie die der normalen Epithelzellen, eine Beobachtung, welche auch von Bowen als Einwand gegen die parasitäre Natur geltend gemacht wird.

Kulturen, welche den einwandfreisten Beweis für dieselbe liefern könnten, sind von Bowen ohne Erfolg angelegt worden. Ebenso wurden Inokulationen mit abgekratzten Massen von Darier und Bowen vorgenommen, jedoch mit negativen Resultaten. Gesetzt aber auch den Fall, es wären damit Resultate erzielt worden, wer bürgt dafür, dafs nicht ein anderer, unbekannter Schmarotzer als Krankheitserreger übertragen worden wäre, da zu den Inokulationen keine Reinkulturen verwendet wurden?

Ebenso spricht auch die bisherige Erfahrung, dafs die Krankheit nicht kontagiös ist, wenig zu Gunsten des parasitären Charakters derselben[1].

So bezweifeln wir denn mit Bowen und mit dem bekannten Zoologen

---

[1] Es sei hier noch erwähnt, dafs die nach verschiedenen Methoden von uns angestellten Untersuchungen auf Mikroorganismen keine positiven Resultate ergaben.

Joseph Seidy-Philadelphia, der die Präparate von den Whiteschen Fällen gesehen hat, dafs die von Darier als „Psorospermien" bezeichneten Gebilde wirkliche Psorospermien sind, solange wenigstens nicht ein solches Verhalten, wie wir es beobachtet haben, als eigen und charakteristisch auch für diese Protozoen nachgewiesen wird.

Werden nun diese fraglichen Gebilde überhaupt nur bei der Darierschen Dermatose und den übrigen, derselben als analog bezeichneten Krankheiten gefunden? So weit unsere eigenen Erfahrungen reichen, können wir diese Frage nicht verneinen, wenn wir von einem neulich beobachteten Fall eines Angiokeratoms absehen, bei dem von einem der Verfasser einige ähnliche Gebilde beobachtet wurden. Wir können uns aber auf eine Demonstration beziehen, welche die fraglichen Gebilde in Papillomen betraf und welche in der pathologisch-anatomischen Abteilung des X. internationalen Kongresses hierselbst von einem ausländischen Kollegen, dessen Name uns leider entgangen, gegeben wurde. Ferner nehmen wir uns die Freiheit, eine schriftliche Mitteilung Unnas anzuführen, dahin lautend, dafs den Darierschen „Psorospermien" ähnliche Gebilde in allen Hauthörnern, bei Onychogryphose und in den meisten Hyperkeratosen von ihm beobachtet worden sind und als durch abnorme Druckverhältnisse und Verzerrung der Epithelschichten aufser Konnex geratene, teils normal verhornende, teils degenerierende Epithelien angesehen werden.

Es scheint demnach die Anwesenheit dieser Gebilde mit Prozessen verknüpft zu sein, die mit übermäfsiger Hornbildung einhergehen. Gegen die Ansicht, dafs Hyperkeratosen durch Protozoen hervorgerufen werden können, läfst sich allerdings an und für sich nichts einwenden, ebenso wenig aber auch gegen die Annahme, dafs diese Gebilde, deren parasitäre Natur nicht bewiesen worden ist, Epithelzellen sind, die infolge der diesen Hyperkeratosen zu Grunde liegenden mechanischen chemischen oder bakteriellen Ursachen eigentümliche Veränderungen erlitten haben.

Virchow hat schon vor langer Zeit die blasentragenden Zellen — Physaliphoren — beschrieben (*Cellularpathologie*, IV. Auflage S. 488 u. folg.); dieselben entstehen bekanntlich auf folgende Weise. In einer einfachen Zelle bildet sich ein blasiger Raum (Physalide), der wahrscheinlich seinen Ausgangspunkt von dem Zellenkern nimmt. Im Innern dieser zunehmenden Blase (Brutraum) eingeschlossen finden sich in einem weiteren Stadium Elemente zelliger Art, die sich daselbst entwickelt haben. In Fig. 133c ist auch eine in einem Karzinom beobachtete Physaliphore abgebildet, deren Physalide noch wieder eine vollständige kernhaltige Zelle umschliefst.

Betrachten wir nun diese Figur und rufen uns dabei ins Gedächtnis zurück, dafs die sogenannten „Psorospermien", wie oben von uns be-

schrieben, kernhaltige Gebilde sind, welche in tieferen Schichten der Haut in einem leeren Raume, der die ganze Zelle einnimmt, liegen, ferner, dafs dieser leere Raum von einem dicken Zellenmantel umgeben ist und neben der sogenannten Psorospermie keinen Zellenkern mehr enthält; erinnern wir uns sodann, dafs die fraglichen Dinge allmählich nach oben rückend unter Bildung von Keratohyalin und Eleidin der Verhornung unterliegen gleichwie die übrigen Epithelzellen, so drängt sich uns die Überzeugung auf, dafs die fraglichen Gebilde in der Form von „corps ronds" mit den in Physaliden gelegenen Kernzellen identisch sind, in der Form von „grains" aber als durch Dehiscenz ausgetretene und frei gewordene Zellen aufzufassen sind. Wir wollen aber nicht der Meinung Raum geben, dafs diese unsere Ansicht für uns auch nun eine absolut endgültige über das Wesen dieser eigentümlichen Gebilde sei. Solange aber für die parasitäre Natur derselben keine gewichtigeren und überzeugenderen Beweise geliefert werden als die von Darier beigebrachten, solange halten wir an dieser schlichten Deutung fest, dafs es sich hier um endogene Zellenbildung handelt.

Wir haben im histologischen Teil auch die zahlreich im Rete zu beobachtenden karyokinetischen Figuren erwähnt. Demnach ergibt sich die interessante Thatsache, dafs bei dem hyperplastischen Prozesse, der bei der Darierschen Dermatose in den Epithelschichten um sich greift, die beiden Typen der Neoplasie neben einander zu beobachten sind, nämlich der Wachstumstypus und der Zeugungstypus.

Somit scheint uns die Lehre von den Dermatosen beim Menschen, die durch Protozoen hervorgerufen werden, nur äufserst mangelhaft begründet zu sein. Es hat uns deshalb ein soeben von Brocq herausgegebenes Werk (*Traitement des maladies de la peau avec un abrégé de la symptomatologie, du diagnostic et de l'étiologie des dermatoses*, Paris, 1890) etwas überrascht, in welchem unter „Psorospermoses" aufgezählt werden:

1. Psorospermose folliculaire végétante,
2. die Pagetsche Krankheit,
3. das Molluscum contagiosum,
4. gewisse Formen von Epitheliomen,

wenn auch die beiden letzteren mit einem gewissen Vorbehalt. Derselbe mufste aber unserer Meinung nach auf die beiden ersteren ausgedehnt werden, da der wissenschaftliche Beweis, dafs 1. die eigentümlichen, sich bei jenen Krankheiten vorfindenden Gebilde wirkliche Psorospermien, 2. dafs diese Gebilde die Erreger des betreffenden Krankheitsprozesses sind, noch nicht geliefert ist. Jedenfalls ist es zu bedauern, dafs ein neuer Krankheitsname ohne genügende Legitimation seinen Einzug in die Lehrbücher gehalten hat.

Wir dürfen am Schlusse vielleicht erwähnen, dafs ein gewiegter Mikroskopiker wie Prof. SCHWENINGER, der uns diesen Fall zur genauen Analyse überwiesen hat, nach Einsicht aller einschlägigen Präparate, unsere hier vertretene Ansicht im wesentlichen teilt.

Berlin, November 1890.

Berichtigung.

In dem I. Teile vorstehender Arbeit ist auf Seite 21, Zeile 2 von oben statt Figur 1 **Figur 5** zu lesen.

Versammlungen.

New-York Dermatological Society. 199. Sitzung.

(*Journ. of cut. and genito-ur. dis.* Sept. 1890.)

PIFFARD stellt einen Fall von **Melanosis** an einem 46jährigen Neger vor. Patient hat seit längerer Zeit pigmentierte Mäler über den Körper verstreut dargeboten, seit etwa einem Jahre sind aber melanotische Tumoren von Erbsen- bis Markstückgröfse am rechten Unterschenkel aufgetreten.

Bei der Diskussion diagnostizierten ALLEN, FORDYCE, BRONSON, FOX und TAYLOR den Fall als Lichen planus.

FOX zeigte einen Fall von **Keloid**, welcher Ähnlichkeit mit der **Dermatitis papillomatosa KAPOSIS** darbot. Patient war ein 24jähriger Neger. Das Gewächs war vor 9 Jahren zuerst am Hinterhaupt entstanden. Es fanden sich 5 diskrete Tumoren, von denen der gröfste excidiert wurde. Seitdem schossen ähnliche, kleinere Geschwülste in der Umgebung auf. FOX erklärt den Morbus KAPOSI für eine Art von Keloid. Die Herren KLOTZ, PIFFARD, BRONSON und TAYLOR wollen die Diagnose M. KAPOSI nicht ohne weiteres gelten lassen; sie neigen mehr zur Diagnose eines sekundären Keloids.

CUTLER berichtet über einen Fall von **Ekzema seborrhoicum syphiliticum.** Der 22jährige Patient hatte sich mehrmals gonorrhoisch und vor 6 Monaten syphilitisch infiziert. Das Ulcus heilte im Verlauf von etwa 4 Wochen; es folgte die Entwickelung mehrerer Läsionen auf dem Scrotum und Abdomen, in derselben Weise wie sie jetzt über den Körper verstreut zu sehen sind. Dieselben beginnen als kleine, rundliche Erhebungen, welche bis zu 10-Pfennigstückgröfse anwachsen, sie jucken sehr stark und sondern eine halb durchsichtige Flüssigkeit ab, welche bald eintrocknet und gelbliche Borke bildet. Aufser an den Beinen, wo Patient sich gekratzt hat, finden sich keine Geschwürsbildungen.

BRONSON zeigte einen 76jährigen Patienten mit schmerzhaftem **Neurom der Haut des Unterschenkels.** Dasselbe ist ein kleiner, rundlicher Tumor, von rosaroter Farbe und von der Gröfse einer grofsen Erbse, mit glatter, glänzender Oberfläche, bei Berührung fest und elastisch. Mit der Haut, in der es fest eingebettet ist, ist dasselbe frei beweglich und bei stärkerem Eindrucke empfindlich. Vor 5 Jahren entstanden, ist es erst in den letzten 2 Jahren spontan schmerzhaft. Die Schmerzen

treten in Paroxysmen auf und sind von stechendem Charakter. Ein operativer Eingriff wurde abgelehnt. Gerade zur selben Zeit hat Verf. bei einer ältlichen Frau einen ganz analogen Tumor beobachtet.

Fox zeigte einen Fall von **Kolloidmilium, Lupus disseminatus des Gesichts.** Der 32jährige Patient hatte vor ca. 10 Jahren plötzlich das Auftreten von Knötchen bemerkt. Die Affektion zeigt sich in der Form rundlicher, meist gesondert stehender Knötchen, welche auf den ersten Blick an tuberkulöse Syphilide erinnern. Sie sind von weicher Konsistenz wie Lupusgewebe, und man kann eine Sonde mit Leichtigkeit durch das Korium durchdrücken. Kürettieren fördert eine körnige, leimartige Masse zu Tage und verursacht lebhaftes Bluten. *Philippi-Nicheim.*

Verhandlungen der russischen Syphilido-dermatologischen Gesellschaft in St. Petersburg.

(Wratsch. 1890. No. 44.)

Dr. Jakimowitsch führt einen Kranken mit einem **Taschkentgeschwür** vor. Patient, ein Offizier von 26 Jahren, kam zufällig in das Nikolaimilitärhospital mit einem Geschwür auf der dorsalen Fläche des Vorderarms. Im Mai d. J. traten auf dem Ellbogen vereinzelte, schmerzlose, nicht juckende Papeln auf. Bis zum August vergrößerte sich ihre Anzahl auf 15; sie waren von einer Borke bedeckt. Die Cubitaldrüsen geschwollen, schmerzhaft. Noch vor einigen Tagen konnte man ein Lymphgefäfs am Oberarm durchfühlen, in Form eines recht empfindlichen Stranges. Syphilis ist nicht vorhanden gewesen. Patient hat immer in Taschkent gelebt, in der letzten Zeit in Marghelan, am Flusse Murghab. Infolge dieses Umstandes stellte Dr. Jakimowitsch die Diagnose auf „Taschkentgeschwür;" der konsultierte Kollege, ein Kenner dieser Erkrankung, Privatdozent J. P. Raptschewsky, bestätigte die Diagnose. Diese Geschwüre haben nichts Charakteristisches und bleiben stets auf die Oberfläche der Haut lokalisiert, ohne in die Tiefe zu greifen. Sie folgen keiner bestimmten Gruppirung; ihr solitäres Auftreten ist durchaus nicht Regel. Die Verwandlung der Papel in ein Geschwür nimmt ziemlich viel Zeit in Anspruch. Die Gröfse der Papel entspricht der des zukünftigen Geschwürs. Die Knoten folgen gewöhnlich den Lymphsträngen. Der Verlauf dehnt sich über 5—6 Monate aus.

Priv.-Dozent Raptschewsky bemerkt, dafs das Taschkentgeschwür eine durchaus typische Erkrankung sei, ohne dabei viel Charakteristisches zu haben; wer dasselbe häufig gesehen habe, diagnostiziert es leicht. Seine geographische Verbreitung ist streng abgegrenzt. Es ist auch eine in einer ganz bestimmten Zeit ablaufende Erkrankung, quasi eine Saisonkrankheit, und steht mit bestimmten tellurischen Erscheinungen in Zusammenhang. In den russischen Besitzungen tritt es gewöhnlich im Anfang Juli auf und dauert bis zum Ende August. Dr. R. schlägt vor auf der nächsten Sitzung eine genaue Schilderung des Taschkentgeschwürs zu entwerfen.

Dr. Stepanow teilt einen Fall von **extragenitaler Infektion** einer Amme mit **Syphilis** mit. Verheiratete Frau, 32 Jahr alt, hat ihr vor einem Jahre geborenes Kind 3 Monate lang gestillt, trat darauf als Amme in das Findelhaus, wo sie im Laufe von 6 Monaten 20 Kinder genährt hat, bisweilen gleichzeitig 3—4. Gegen Ende des 6. Monats erschienen Ulcera indurata der Brustwarzen, woraufhin sie entlassen wurde. Am 17. Oktober trat sie in das Kalinkinhospital ein. Vortragender macht dem Findelhause mit Recht den Vorwurf, dafs diese philanthropische Anstalt, Kranke, die sich in ihrem Dienste infiziert, ohne auch nur Sorge für eine zweckmäfsige

Therapie zu treffen, einfach entlasse. Vortr. macht darauf aufmerksam, dafs im Findelhause, trotz der riesigen Summen, die auf die Ernährung mit Muttermilch vergeudet werden, doch nur ca. 1 von 4 Kindern am Leben erhalten wird. Dabei kommen immerfort Fälle von Infektion der gesunden Ammen durch die kranken Kinder vor. Warum wird, fragt Vortragender, die jetzt auf so hoher Stufe stehende künstliche Ernährung, die bei den grofsen Mitteln des Findelhauses zu einer bedeutenden Vollkommenheit gebracht werden könnte, nicht angewandt, um endlich mit diesem doch bei weitem nicht genügenden System zu brechen? (Diese Frage wird bei uns wohl noch leider zu häufig — vergeblich — gestellt werden, bis endlich diese Anstalt aus ihrem lethargischen Schlaf aufgerüttelt werden kann. Ref.)

Kroug-Hungerburg-Narwa.

Gesellschaft der Ärzte in Kiew.

(Sitzung vom 3./15. November 1890).

(*Wratsch.* 1890. No. 46).

Dr. Lukaschewitsch referiert über 2 Fälle von **Rotz** (malleus humidus). Zu Beginn eine kurze Übersicht über die in den letzten 10—11 Jahren in Rufsland beobachteten Fälle; es sind deren 46 Fälle (45 Männer und 1 Frau) in der Litteratur vorhanden, von denen nur 5 chronisch verliefen. Unter ihnen erfolgten die Ansteckung 3 mal von Mensch zu Mensch und 2 mal durch Leichen. Die Infektion erfolgt entweder durch Applikation auf die verschiedenen Schleimhäute, durch zufällige Wunden oder aber durch die Luft, da die Bacillen in trockenem Zustande 3 Monate ihre Lebensfähigkeit bewahren; Inkubation 3—6 Tage für die Inokulation, für die übrigen Infektionsmodi unbekannt. Diagnose vor Erscheinen der Knötchen und der Affektion der Schleimhäute sehr schwierig, da die Bacillenuntersuchung des Blutes beim akuten Rotz häufig, beim chronischen stets negative Resultate ergibt. Von den 46 Infizierten blieben nur 3 akut und 2 chronisch infizierte Kranke am Leben. Therapie: Hg, KaJ in grofsen Dosen, warme Bäder.

Die Fälle des Referenten waren folgende:

a) Jude, 16 Jahr alt, trat 5 Monate nach Beginn der Erkrankung mit Knoten in der Haut, den Muskeln und Schleimhäuten, einem grofsen Geschwür am harten Gaumen, schleimig-eitriger Sekretion aus der Nase und Fieber ins Hospital ein. Quecksilbertherapie. Exitus am 4. Tage. Dieser Fall ist deshalb interessant, weil trotz engen Beisammenlebens mit anderen Personen, keine weitere Infektion erfolgte und ferner dafs die zu Beginn verabfolgten warmen Salzbäder günstig einwirkten und zur Resorption vieler Infiltrate führten.

b) Kosack, 25 Jahr alt, trat im Mai mit 2 gänseeigrofsen Knoten auf dem rechten und linken Oberschenkel, vergrölserten Leistendrüsen, fieberfrei, $2^1/_2$ Monate nach erfolgter Infektion (durch ein rotzkrankes Pferd) ins Hospital ein. 60 Hg-Einreibungen und Jodkali ohne Erfolg. Es trat Fieber auf und ein neues Infiltrat auf der einen reg. glutea. Injektion von Sublimat 1 : 2000 in das Infiltrat 1—2 Spritzen voll: das frische Infiltrat verschwand vollständig, die alten verkleinerten sich auf die Hälfte. Vom August an Jodtinktur 2—7 Tropfen. Neue Infiltrate, Entkräftung, Durchfälle. Gegenwärtig geringe Besserung, trotzdem wenig Hoffnung auf Genesung. Im ganzen hat Pat. 2 Gran Sublimat und 3 $\bar{v}$ Tct. Jodi erhalten; ungefähr $\bar{3}$ j Jodkali. Die Diagnose war in beiden Fällen nicht nur durch mikroskopische Untersuchung, sondern

auch durch Kultur- und Impfversuche (an Katzen und Meerschweinchen) gesichert. Die Präparate werden der Gesellschaft demonstriert.

Dr. Nikolsky und Minajeff glauben den Mifserfolg der Hg-Behandlung in ungenügenden Dosen zu sehen; aufserdem sei unbekannt, wieviel von dem Hg zur Resorption gelangt sei, da keine Harnuntersuchung gemacht worden.

Dr. Fleischer stellt diese Behauptung in Abrede, da der Kranke vollkommen hydrargyrisiert gewesen sei, wofür der Speichelflufs, die Zahnfleischaffektion und die Entkräftung sprächen (bekanntlich können die beiden ersten Symptome relativ häufig durch einzelne Gaben von z. B. Calomel als Laxans hervorgerufen werden, ohne dafs man in solchen Fällen von einer Hydrargyrisation sprechen darf, das 3. Symptom dürfte wohl eher durch die Grundkrankheit bedingt gewesen sein. Ref.)

Kroug-Hungerburg-Narwa.

Im **Ärztlichen Verein zu Hamburg** stellt Unna am 16. Dezember 1890 3 Lupuskranke vor mit folgenden Bemerkungen:

M. H. Vor mehreren Wochen hatte ich die Ehre, Ihnen 2 Lupuskranke vorzustellen, indem ich dabei meine jetzige Methode der **Lupusbehandlung** erörterte und im allgemeinen den chemischen Behandlungsmethoden eine weit radikalere Wirksamkeit zusprach als den physikalisch-mechanischen (Schaben, Sticheln, Brennen). Ich glaubte den Zeitpunkt gekommen, einmal wieder die uralte Frage der Lupusbehandlung zur Diskussion zu stellen. Es konnte mir deshalb nichts erwünschter kommen, als der Widerspruch des Herrn Lauenstein, welcher der einfachen Excision das Wort redete. Aber Vorschlag und Gegenvorschlag wurden hinweggespült von den hochgehenden Wogen der nächsten Tage und Wochen. Ein Gröfserer nahm uns die Lupusfrage aus der Hand; die weltbewegende Arbeit von Robert Koch über die Heilung der Tuberkulose erschien.

Seither sind wieder einige Wochen vergangen. Der Sturm sich überstürzender Nachrichten in der politischen Tagespresse fängt an — zum Glücke für die Sache — sich zu legen. Man beginnt im allgemeinen einzusehen, was denkenden Ärzten von Anfang an klar war, dafs es sich auch bei dem Kochschen Mittel nicht um ein Zaubermittel, sondern um ein Heilmittel handelt, welches, wie jedes andere, seine Indikationen und Kontraindikationen besitzt und um so schärfere, ein je mächtigeres Heilmittel es ist. Wie bei jedem echten Heilmittel wird auch hier eine längere Zeit vergehen, ehe es seinen richtigen Platz in der Reihe der bisher zu gleichen Zwecken verwendeten Heilmittel gefunden hat und derjenige wird cet. par. die besten Erfolge damit erzielen, welcher es am zweckmäfsigsten mit diesen älteren Mitteln zu kombinieren versteht.

Da es nun voraussichtlich noch eine längere Zeit dauern wird, ehe an dieser Stelle definitive, durch die Kochsche Methode erzielte Resultate vorgeführt werden, so glaube ich, können wir die Zeit bis dahin nützlich verwenden, wenn wir uns an der Hand von solchen Lupusfällen, welche vor Jahren mit verschiedenen Methoden behandelt sind, bereits vorher ein genaues Bild darüber verschaffen, was bisher geleistet werden konnte und wie sich die bisherigen Methoden zu einander verhalten.

Der erste Patient, den ich Ihnen vorführe, ist 29 Jahre alt und besitzt seinen $^3/_8$ des Gesichts bedeckenden Lupus seit seinem zweiten Jahre. 1887 machte ich an ihm eine Doppeloperation. Die linke Hälfte der linken Backe an der linken Halsseite nebst dem Ohre wurde anders behandelt als die rechte Hälfte und der sich auf die rechte Gesichtsseite erstreckende Teil des Lupus. Nachdem alles gleichmäfsig aus-

gekratzt war, wurde die linke Hälfte mit einem harten Sublimatpastenstift bearbeitet, die rechte mit dem Paquelin, um die jüngsten Herde des Grenzbezirks und des Bodens überall zu treffen. Jetzt nach 3 Jahren ist eine Differenz beider Hälften evident. Nicht nur die Narbe ist glatter und weifser, soweit die Sublimatnachbehandlung einwirkte, es haben sich auf diesem Bereiche auch keine Lupusknötchen mehr gezeigt mit alleiniger Ausnahme des Ohrrandes, wo vermutlich der Stift nicht energisch genug gearbeitet hatte. Auf der rechten [Paquelin-]Hälfte dagegen ist die Haut noch sehr rot, die Narbe wulstig und durchsetzt mit einer grofsen Reihe allerdings sehr kleiner Lupusknötchen; der Rand gegen das Gesunde ist hier überall noch deutlich markiert und alles dies, trotzdem im Verlaufe der 3 Jahre hier mehrmals bereits kleine Nachoperationen nötig wurden, um Vorschübe gegen die gesunde Haut zu verhindern. Dieser Fall liefert einen eklatanten Beweis für die Superiorität chemischer Agentien über einfaches Brennen beim Lupus.

Die beiden Kinder, die ich Ihnen dann vorführe, zwei Mädchen von 12, resp. 14 Jahren, sind beide stark hereditär belastet (die Mutter litt an Lupus und Phthisis) und seit 7 Jahren mit einer Musterkarte verschiedener tuberkulöser Hautaffektionen bedeckt. Die ältere wurde 1885 im Altonaer Kinderspital operiert wegen Lupus der Nase, dann 1887 von mir und zwar mittelst des Paquelins. 1889 kam sie wieder in meine Behandlung. Der Lupus hatte sich von der Nase auf beide Wangen und die Oberlippe ausgedehnt; die letztere war stark ektropioniert und sklerosiert. Diesmal wurde die Pat. nur mittelst des Salicyl-Kreosot-Pflastermulls behandelt, an der Lippe aufserdem mit tiefen Skarifikationen. Heute nach $^5/_4$ Jahren ist auf Nase, Wangen und Lippen noch keine Spur von Recidiv und eine weifse glatte Narbe. Das Ektropium der Lippe ist wieder so stark wie vorher. Unterdessen ist aber ein Zahnfleischlupus aufgetreten, zu dem sich in letzter Zeit rapide ein Gaumenlupus gesellt hat.

Die jüngere litt 1885 an Lupus des rechten Ringfingers. 1887 mufste derselbe wegen hochgradiger Spina ventosa amputiert werden. Die sich anschliefsenden Lupusstellen der Hand, Scrofulodermata des Armes, tuberkulösen Lymphstränge und Lymphdrüsen wurden ausgekratzt und mit Salicyl-Kreosot-Pflastermull nachbehandelt, ebenso ein kleiner Lupusfleck des Halses. Alle diese Stellen haben seither kein Recidiv gezeigt; die Narben sind weifs und fest. 1889 trat ein Lupus von skrofulodermaähnlicher Beschaffenheit im Gesicht auf. Zwei Stellen wurden anscheinend im Gesunden mit dem Messer excidiert, zwei wurden gekratzt und mit Pflastermull nachbehandelt. Die letzteren beiden sind in den $^5/_4$ Jahren seither gesund geblieben, die Narben schön hell und glatt. In beiden Excisionsnarben dagegen zeigten beide nach einem halben Jahr resp. 1 Jahr bereits je einen punktförmigen Lupusherd, was allerdings nur dafür spricht, dafs, wenn man excidiert, man sehr breit im Gesunden excidieren mufs. Der erstere wurde gekratzt und gepflastert und ist jetzt verschwunden, der letztere besteht noch als einziger Rest, wie es scheint, aller früheren Herde.

Auch diese beiden Fälle, denke ich, sprechen sehr zu Gunsten der chemischen Heilmittel, wenigstens zu Gunsten chemischer Nachbehandlung. Ich werde auch diese drei Patienten jetzt mit Kochschen Injektionen behandeln, und es wird sich zeigen, ob die anscheinend geheilten Partieen auf das Mittel reagieren oder nicht, des Weiteren, ob sie lupusfrei sind oder nicht, zwei Dinge, die wir heute noch nicht identifizieren dürfen. Ich hoffe, Ihnen die Patienten später wieder vorführen zu können.

Besprechungen.

Bericht des Vestre Hospital in Kopenhagen für 1889, von R. Berch.

Das Krankenhaus hat zwei Abteilungen, eine, mit 80 Betten, für die öffentliche, und eine mit 132 für die geheime Prostitution. Die aktuell syphilitischen, die früher syphilitischen und die nicht syphilitischen Individuen haben gesonderte Aufenthalts- und Krankenzimmer.

In der ersten Abteilung wurden von ca. 500 eingeschriebenen Dirnen 1480 Internierungen vermittelt, indem 414 Scorta 1 bis 10 mal eingelegt wurden. Eine sehr grofse Zahl derselben zeigten sich nur mit pseudovenerischen Leiden behaftet, besonders solche, die von übertriebener mechanischer Irritation der Genitalien abhingen. Wie in den früheren 17 Jahren hat es sich gezeigt, dafs die privat wohnenden Scorta im ganzen seltener als die in Bordellen kasernierten einkommen. 297 privat wohnende gaben 521, 222 bordellierte 959 Einlegungen.

In der zweiten Abteilung (für die geheime Prostitution) war die mittlere Dauer der Behandlung mehr als 3 mal so grofs wie für die erste Abteilung. Hier wurden die eigentlichen venerischen Krankheiten und besonders Syphilis viel häufiger und in bei weitem mehr gefahrdrohenden Formen observiert. Besonders die nässenden Papeln bedingen die grofse Gefahr der geheimen Prostitution.

Von den pseudovenerischen Affektionen waren Erytheme und Exkoriationen sehr häufig, besonders bei den Novizen. Herpes wurde in der ersten Abteilung 64 mal, in der zweiten 41 mal gesehen; in der überwiegenden Mehrzahl schien der Ausbruch mit der Menstruation in Verbindung zu stehen. Die Behandlung dauerte durchschnittlich 7 Tage. Auch ein labialer Herpes wurde bisweilen gesehen, bei einigen mit der Menstruation zusammen auftretend und auch nach Mitteilung der Kranken für einen genitalen Herpes vikariierend. — Als pseudovenerisch sind auch aufzufassen gewisse Papeln, die durch lokale Irritation hervorgerufenen initiativen und abortiven Follikulitiden entstammen, welche in einer durch Lues veränderten Konstitution mit Induration auftreten.

Von venerischen Affektionen wurde Vulvitis acuta nur 4 mal in der ersten, in der zweiten Abteilung aber 64 mal gesehen. Kraurosis vulvae niemals observiert; Vaginitis bei 2, resp. 44 Individuen, Katarrh der vulvo-vaginalen Drüsen bei 65 und 110 Individuen, Abscefs bei 15 und 9 Fällen. Die in 49 Fällen angestellte bakterielle Untersuchung gab folgende Resultate: In 2 Fällen von Abscefs (mit Eiter von alkal. Reaktion) wurden keine Gonokokken gefunden, sondern Streptokokken und Bakterien in Menge. Bei 27 Individuen mit purulentem Ausfluſs von alkalischer Reaktion fanden sich Gonokokken, Bakterien und Kokken; kei zwei anderen Diplokokken, Bakterien und Kokken. In 3 Fällen mit alkalischem, purulentem Sekret wurden bei wiederholten Untersuchungen nie Diplokokken, nur Bakterien und Kokken gefunden; in einem anderen Bakterien und Streptokokken. Bei 5 Individuen mit purulentem Ausfluſs von alkalischer Reaktion kamen nie Diplokokken vor, nur Bakterien und Kokken. Zwei Individuen mit alkalischem, weifslichen Ausfluſs zeigten Gonokokken und Streptokokken, 7 mit neutralem, weifslichen Sekret nur Bakterien und Kokken. In 27 von 33 Fällen mit alkalischem, purulentem Ausfluſs wurden somit Gonokokken gefunden und ebenso in 2 Fällen von alkalischem weifsen Ausfluſs. In keinem der 12 Fälle mit neutraler Reaktion des purulenten oder weifsen Ausflusses konnten Diplokokken nachgewiesen werden, nur Bakterien und Kokken. In den zwei untersuchten Abscessen wurden keine Gonokokken gefunden. — Im Gegensatz zu Oberländer fand Verf. Urethritis als die häufigste katarrhalische Affektion der Prostituierten (495 + 544

Fälle). Die meisten Scorta erwerben schnell Urethritis, und bei einer sehr grofsen Zahl derselben geht diese in eine atonische, chronische Form mit Rekrudescenzen über. Die Behandlung bestand teils in antibakteriellen Mitteln, Injektionen mit Nitr. argent. und Sublimatlösungen oder Einführen von Thallinanthrophoren, teils in der Anwendung der gewöhnlichen Adstringentien. Extract. Kawa-Kawa wurde oft angewendet, doch kaum mit Nutzen. — Paraurethritis wurde oft, Cervikalkatarrh seltener beobachtet. Spitze Kondylome wurden verhältnismäfsig selten in der ersten Abteilung, häufig in der zweiten gesehen.

Ulcera venerea wurden nur in 4 resp. 7 Fällen beobachtet, Bubonen in 5 und 7; 5 von diesen waren aus venerischen Ulcera hervorgegangen.

Syphilis wurde 35 mal auf der ersten und 69 mal auf der zweiten Abteilung behandelt, davon 8 resp. 41 primäre Fälle. Jedes lange praktizierende Scortum erwirbt Syphilis, meistens im ersten Jahre. Induration wurde in etwa der Hälfte der Fälle gesehen.

Auf die ganze Zahl der Scorta kommen im Jahre 1889 16 Geburten, und auf diese nur zwei noch lebende Kinder.

Von anderen Krankheiten sind eigentlich nur Affektionen des Uterus und seiner Adnexa häufig bei Scorta; sonst sind diese Individuen auffallend frei von febrilen, katarrhalischen Affektionen und dergl. und zeichnen sich durch eine „eiserne Konstitution“ aus. Hysteria wird sehr selten gesehen, und Individuen, die früher Zeichen dieser Affektion gezeigt haben, vergessen und legen oft diese Neigung ab, so bald sie als Scorta eingeschrieben sind. *Pontoppidan-Kopenhagen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über die Pathogenie der Hautveränderung bei einigen vasomotorischen Dermatosen, von L. Jacquet. (*Annal. de derm. et de syph.* Juni 1890.) In der Abteilung Besniers, im Hospital St. Louis, beobachtete Jacquet an einem 69jährigen Alkoholiker eine allgemeine **Erythrodermie,** verbunden mit Jucken, bedeutender Infiltration der Haut, Ekzemknötchen und einer kleientörmigen Abschuppung. Der Patient starb an Marasmus ohne bekannte Todesursache; die Autopsie konnte nicht vollständig gemacht werden, so dafs nur das Fehlen grober Veränderungen an den inneren Organen festgestellt wurde.

J. nimmt an, dafs es sich in diesem Falle um eine vasomotorische Dermatose handelte:

1. Da der Pruritus der Rötung der Haut vorangegangen war,

2. Da, ähnlich wie bei der Urticaria, eine methodisch ausgeübte Wattekompression auf eins der Glieder den Pruritus und die Hautinfiltration zum Verschwinden brachte. Durch eine vor und nach der Kompression vorgenommene histologische Untersuchung konnte man nachweisen, dafs die Rundzellenansammlung um die Gefäfse unter dem Einflufs der Therapie verschwunden war. Gestützt auf diese Beobachtungen sucht Jacquet die Erklärung der Affektion in einer der Urticaria sehr nahen Pathogenie. Der Verf. hält übrigens Lichen ruber acuminatus für eine vasomotorische Dermatose und veröffentlicht einen Fall, bei welchem die nervösen Störungen prädominierend und dem Ausbruche der Hauterscheinungen vorangegangen waren. *Jeanselme-Paris.*

Über die Entstehung des Narbengewebes, das Schicksal der Leukocyten und die Rolle der Bindegewebskörperchen, von Charles S. Sherrington und Charles A. Ballance. (*Centralbl. f. allgem. Pathol. u. patholog. Anatomie.* 1890, No. 22). Um die Bildung des Narbengewebes zu studieren, stellten sich die Autoren Kammern dar, welche von je 2 Deckgläschen gebildet wurden. Zwischen diese wurde ihrem Rand entlang ein Streifen Zinnfolie gebracht, welcher mit Schellack auf jeder Seite an die entsprechende Seite des Deckgläschens angekittet wurde. Diese Kammern wurden in die Peritonealhöhle und in das Unterhautbindegewebe der Versuchstiere (Meerschweinchen und Kaninchen) versenkt und verschieden lange Zeit in den Tieren gelassen von 4 Stunden bis zu 18 Tagen. Die im Innern der Kammer sich ansammelnden Häutchen wurden auf zweierlei Art untersucht, entweder lebend mit Hilfe eines erwärmten Objekttisches nach Strickers Angabe, oder nach Fixation im Dampf oder in einer wässrigen Lösung von Osmiumsäure. Nach der Härtung wurden die Anilinfarben, sowie Pikrokarmin und Hämatoxylin als Färbemittel gebraucht. Vor der Einführung wurden die Kammern sterilisiert und entweder mit sterilem Wasser oder Kochscher Nahrungsfleischbrühe gefüllt. Die Erscheinungen nach der Einführung waren folgende:

1. Bildung von Fibrin. Erscheinung von Knotenpunkten und Fibrinbälkchen.

2. Eindringen von Leukocyten. Diese drangen erst spärlich, nachher in sehr grofser Anzahl ein, viele streckten Fortsätze aus.

3. Das Eindringen von Plasmakörperchen oder von Tochterzellen von Bindegewebskörperchen. Diese sah man zuerst nach 18 Stunden eintreten; nach 72 Stunden hatten sie sich durch die ganze Kammer, die Leukocyteninseln umgebend, verbreitet. Die nach aufsen liegenden Leukocyten wurden von den gröfseren Zellen angegriffen. Auch in den Vacuolen von Plasmakörperchen wurden die Leukocyten gesehen.

Niemals konnten Zwischenformen gesehen werden. Die Leukocyten und die Plasmakörperchen blieben sich immer gleich.

Die Kammern vom späteren Datum als 72 Stunden zeigten die gradweise Absorption der Leukocyten, die Anhäufung der Plasmazellen an den Knotenpunkten und die Ausstreckung der Plasmazellen zu stern- oder spindelförmigen Gestalten, so dafs sie sozusagen die Anordnung des fibrösen Gewebes darzustellen schienen.

Beide Zellarten sind wesentlich zur Bildung von Narbengeweben, aber die Leukocyten dienen nur den Plasmazellen zur Nahrung; nur diese haben die Aufgabe Bindegewebe zu bilden. *Leistikow-Hamburg.*

Traumatische Entzündungen.

Die Behandlung der wunden Brustwarzen mit Goldschlägerhäutchen, von J. Blechmann. (*Journ. des Mal. cut. et syph.* Bd. I. S. 299.) Nachdem B. die üblichen Mittel zur Heilung der wunden Brustwarzen säugender Mütter einer leider nur allzuberechtigten Kritik unterzogen hat, da sie sämtlich in vielen Fällen im Stich lassen, kommt er auf sein eigenes Verfahren zu sprechen, das ihm der Zufall eingegeben hat. Er bedeckt die vorher mit Wasser befeuchtete Brustwarze mit einem Stückchen Goldschlägerhaut, in dessen Mitte mit einer groben Nadel einige Löcher hergestellt sind. Das Kind saugt die Milch durch diese Löcher hindurch, während

die Mutter von Schmerzen frei bleibt. In einigen Tagen erfolgt dann meistens Heilung der kleinen Risse und Schrunden. Für jeden Saugakt mufs ein frisches Häutchen genommen werden. Dem Verf. hat sich dieses Verfahren seit einer Reihe von Jahren sehr gut bewährt. *Türkheim-Hamburg.*

Neurotische Entzündungen.

Recidivierender Herpes zoster nach einem voraufgegangenen Trauma, von Bossion (Algier). (*Journ. des Mal. cut. et syph.* Bd. II. S. 87.) Ein 54jähriger Tagelöhner, der seiner Angabe nach 1881 an der rechten Körperhälfte — Rücken und Gesicht — einen Herpes zoster gehabt hatte, wurde anfangs Januar 1890 von einer Wagendeichsel gegen die linke Brustseite gestofsen. Etwa 4 Wochen später entstand an dieser Stelle (4.—6. Rippe) ein Herpes zoster, während sich am Rücken, zwischen der Gürtelrose und dem Schulterblatt eine, vermutlich seröse Anschwellung zeigte. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall. — B. läfst es dahingestellt, ob zwischen Trauma und Gürtelrose ein ursächlicher Zusammenhang bestehe.

Türkheim-Hamburg.

Über eine unvollständige (fruste) Varietät der Dermatitis herpetiformis, von L. Brocq. (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. Heft 6. S. 478 ff.) Träger dieser Varietät war eine 21jährige Wäscherin, die bereits mit 13½ Jahren geboren hatte und bei der sich, nach voraufgegangener Syphilis, infolge eines heftigen Schrecks vor 4 Jahren ein Ausschlag einstellte, der mit Ausnahme von Gesicht und Händen den ganzen Körper befiel und in grofsen Schüben, mit freien Zwischenräumen verlief.

Bei Aufnahme der Patientin in das Hospital Saint-Louis bestand der Ausschlag 1. aus flüchtigen Urticariaquaddeln, und 2. aus Papeln, die sich wie ein Ölfleck peripher weiter ausdehnten, während das Centrum sich abflachte und eine braunschwarze Färbung annahm; diese Elemente verschwanden erst nach Tagen bis Wochen. Der Ausschlag ist schmerzhaft und bessert sich nach Arsen.

Brocq nimmt nach Ausschlufs aller anderen Möglichkeiten (Urticaria, Syphilis) keinen Anstand, diesen Fall als Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica à poussées successives zu diagnostizieren, trotzdem die Polymorphie (Blasen, Vesikeln, Pusteln) fehlt. Denn bei dieser Dermatitis kommt es weniger auf die Art der Elemente an, als auf ihre oberflächliche Natur, auf die vasomotorischen Störungen, auf die Schmerzerscheinungen, das Allgemeinbefinden und den therapeutischen Erfolg. Alle diese Bedingungen waren aber bei der Patientin im Sinne der Dermatitis herpetiformis erfüllt. Vielleicht auch bilden Fälle wie der hier beschriebene in gewissem Sinne Übergangsformen von der Urticaria chronica zur Dermatitis herpetiformis. Auf jeden Fall aber gehören sie zu letzteren. *Türkheim-Hamburg.*

Akute Exantheme.

Ein Fall von Morbilli mit ungewöhnlichem Verlaufe, von Dr. S. Goldstein. (*Orvosi Hetilap.* 1890. No. 24) Pat. kam am 16. Februar auf die Abteilung des Prim. Gerlóczy mit einem morbillenartigen Ausschlage, welcher 8 Tage dauerte und mit

hohem Fieber (bis 41° C.) und typhösen Erscheinungen (Delirien, profuse Diarrhoen etc.) und Rachendiphtherie verbunden war. Erst am 23. Februar liefsen diese Erscheinungen nach, und am 2. März trat hochgradige Abschuppung ein.

Róna-Budapest.

Über Tertiärinfektion nach Croup, von Dr. S. Goldstein. (*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 31.) Autoreferat. Pat., 2 Jahre, kam mit Croup auf die Abteilung und nach 8 Tagen trat Scarlatina auf; nach deren Heilung, kaum einige Tage, erkrankte Pat. an Morbilli. Im Anschlufs an diesen Fall veröffentlicht G. noch folgende Fälle von Sekundärinfektionen: Eine zweite Patientin derselben Abteilung überstand Varicella, bekam nach 8 Tagen Morbilli. Ein dritter Patient litt an hochgradiger Scarlatina — nach deren Heilung er entlassen werden sollte. Am Tage der Entlassung trat Fieber auf und es entwickelten sich Morbilli bei ihm.

Interessant war auch folgender Fall: B. N., 5jähriger Knabe, wurde am 27. Juni mit Scarlatina aufgenommen. Am 2. Juli bekam Pat. an der ganzen Haut Varicella-Efflorescenzen. Nach Eintrocknung der Varicellen trat allgemeine Abschuppung ein.

Zur Identitätsfrage der Pocken und Varicellen, von Dr. Carl Hochsinger (Wien). (*Centralbl. f. klin. Med.* 1890. No. 43.) Verf. machte in seiner Privatpraxis die ungemein interessante Beobachtung, dafs die harmlose Varicellaerkrankung eines Kindes der Familie zu schwerer Variolaerkrankung der Mutter und zu Varicellenerkrankung des Bruders Veranlassung gab. Der Bruder und die Mutter erkrankten genau zur selben Zeit, also nach der nämlichen Inkubationsdauer, genau 12 Tage nach der Eruption der Windpocken beim jüngeren Kinde. Ein sonstiger Fall von Variola vera gelangte zu dieser Zeit in Wien nirgends zur Meldung. Beide Kinder waren zweimal, die Mutter sogar dreimal mit Erfolg geimpft. Verf. schliefst sich infolge dieser Beobachtung der alten Hebra-Kaposischen Lehre an, wonach Variola und Varicellen ätiologisch vollkommen identisch sind. *Leistikow-Hamburg.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Über Lepra, von Dr. V. Bartolomeo Viotti. (*Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.* Septbr. 1890.) Wie andere Autoren, so unterscheidet auch der Verf. zwei Hauptformen, die noduläre und die anästhetische. Zur Illustration dieser Formen werden 13 Krankengeschichten von zum Teil sehr exakt beobachteten Leprafällen mitgeteilt. Diese zeigen nun die bemerkenswerte Tatsache, dafs auch bei der nodulären Form schon in den ersten Stadien der Krankheit mitunter recht bedeutende Sensibilitätsstörungen vorkommen. Man kann als allgemeine Regel behaupten, dafs bei der nodulären Form wohl Anästhesieen vorkommen, dafs aber zu der anästhetischen Lepra sich höchst selten Knoteneruptionen gesellen.

Die regressive Metamorphose, welche die Knoten im weiteren Verlaufe eingehen, besteht in Atrophie, Erweichung und Ulceration. Die Atrophie beginnt an der Spitze des Knotens, allmählich verkleinert sich die Masse des letzteren, die Epidermis fällt in Schuppen ab, und es bleibt ein bräunlicher oder weifser Fleck zurück. Tritt eine Erweichung ein, so verwandelt sich der Knoten zum gröfsten Teile in eine käsige,

eitrige Masse. Die Basis bleibt meist von diesem Prozesse verschont, geht aber dann atrophisch zu Grunde. Dieses zweite Stadium der regressiven Metamorphose kann auch in Ulceration übergehen. Die Geschwüre haben eine granulierte Oberfläche und verhärtete Ränder und sind mit dunkelgelben Krusten bedeckt. Sie haben keine Tendenz zur Heilung. Tritt diese aber unter günstigen Bedingungen zufällig doch ein, so ist die resultierende Narbe blafs und ganz dünn.

Der Verlauf der nodulären Lepra ist gewöhnlich sehr chronisch. Akute Exacerbationen kommen aber während derselben vor und sind durch Fieber und allgemeine Störungen charakterisiert; es können dann auch pemphigusartige Eruptionen zutage treten mit verschieden grofsen Blasen, die gewöhnlich in der Umgebung von Narben erscheinen. Diese Blasen verschwinden gewöhnlich mit Ablauf des akuten fieberhaften Stadiums.

Bei der anästhetischen Lepra unterscheidet der Verf. vier Stadien: Das prodromale, das eruptive, das stationäre und das kachektische. Im prodromalen Stadium kann man den Ausbruch der anästhetischen Form nur durch das stärkere Hervortreten nervöser Störungen vermuten. Das erste Symptom des eruptiven Stadiums ist der sogenannte Pemphigus praecox, der mit hohem Fieber erscheint. Sind später die Blasen aufgebrochen, so bleiben erodierte Flecke zurück. Diese sind jedoch nicht, wie Hansen und andere Autoren meinen, für die anästhetische Form charakteristisch, da sie auch bei der nodulären vorkommen. Man kann demnach nicht die Bezeichnung Lepra maculosa als Synonym für die Lepra anästhetica gebrauchen.

Auf die Nervenstörungen folgt bald eine sehr markante Muskelatrophie, welche am Thenar und Hypothenar zu beginnen pflegt. Auch die Knochen werden mit ergriffen, und es entsteht dann die sogenannte Osteomalacia leprosa. In weiteren vorgeschrittenen Stadien beobachtet man ferner psychische Schwächezustände und amyloide Entartung verschiedener Organe.

Vergleicht man die beiden Hauptformen untereinander, so zeigt sich, dafs bei der nodulären Form die Bacillen von Anfang an auf der Haut lokalisiert bleiben und die peripheren Nerven erst in den spätesten Stadien ergreifen, bei der anästhetischen Form werden zuerst die Nerven ergriffen, welche allmählich degenieren und infolgedessen alle die oben angedeuteten Störungen hervorbringen. Die Hautläsionen treten hier im Vergleiche zu den trophischen Störungen in den Hintergrund. Der Verlauf ist bei der letzteren Form bedeutend länger als bei nodulären, da die Lokalisation des Giftes in den Nerven den Tod erst dann herbeiführt, wenn die Degeneration der Nerven sehr erhebliche trophische Störungen erzeugt hat. Der Tod durch Lepra kann übrigens auch infolge verschiedener interkurrenter Krankheiten eintreten. Dagegen scheint das Erysipel einen günstigen Einfluſs auf die Lepra zu haben. Es sind sogar Fälle veröffentlicht worden, wo die ganze Erkrankung infolge von Erysipel verschwand. Diese Erscheinung beruht darauf, dafs, wie ein bekanntes bakteriologisches Experiment zeigt, die pathogenen Mikroorganismen einer Krankheit eine stärkere Virulenz haben als die einer anderen und auf denselben Nährboden gebracht, letztere in ihrer Entwickelung hemmen.

Die Behandlung hat neben der Besserung der Konstitution den Zweck, die Infiltrate zur Resorption zu bringen. Hierzu eignet sich nach des Verf. und Campanas Erfahrungen sehr gut das Chrysarobin äufserlich und das Argent. nitr. subkutan angewendet.

Sehr gute Erfolge sind namentlich bei den nodulo-erythematösen Formen zu beobachten. Gebraucht man hier eine Chrysophansalbe, so folgt bald das bekannte Chrysophanerythem, nach dessen Abheilung die Eruption verschwindet.

Das Arg. nitr. wird in 1% Lösung injiziert. Bei Beginn der Erkrankung hilft zuweilen die häufige Anwendung der Galvanokaustik. *E. Fink-Hamburg.*

Journal of the Leprosy Investigation Committee. Herausgegeben von Phineas S. Abraham. Lief. I. Im Sommer dieses Jahres hat sich unterm Vorsitz des Prince of Wales eine Gesellschaft gegründet, um der Frage von dem Wesen, der Ätiologie, Therapie und Prophylaxe der Lepra näher zu treten. Man hat beschlossen, neben der Sammlung von Geldern, die im Dienste der Leprakranken verwendet werden sollen, auch ein Journal zu gründen, um der wissenschaftlichen Forschung einen Sammelpunkt zu bieten. Das erste Heft dieses *Journal of the Leprosy Investigation Committee* enthält zunächst einen Bericht über die bisherige Thätigkeit der Gesellschaft (man hat zwischen £ 6000 und £ 7000 gesammelt), ferner kurze Aufsätze von mehreren namhaften Autoren, welche eine summarische Übersicht ihrer Auffassung des Wesens und der Ätiologie der Krankheit geben, sowie eine Reihe von Excerpten aus neueren Publikationen, eine Zusammenstellung der modernen einschlägigen Litteratur und eine, die geographische Verteilung der Affektion darstellende Weltkarte. Die in den erwähnten (13) Aufsätzen vertretenen Ansichten gehen in vielen Punkten erheblich auseinander, eine Wiedergabe, selbst des Hauptinhalts derselben, ist aber in kurzem Referate nicht gut möglich. Hutchinson vertritt seine Fischtheorie, steht indessen damit noch vereinzelt da. Von den anderen Forschern wird meistenteils eine Kontagiosität des Leidens, wenn auch mit gewissem Vorbehalt, als das Wahrscheinlichste angenommen. *Philippi-Nieheim.*

Die chirurgischen Behandlungen von Komplikationen der Lepra, von S. B. Swift. (*Occid. med. Journ.* Okt. 1890.) Schilderung einiger beliebig herausgegriffener Fälle, welche meistenteils durch eine auffällige Widerstandsfähigkeit der Kranken ausgezeichnet waren. Wesentlich Neues bieten diese Mitteilungen nicht, trotzdem sie an sich ganz interessant und lesenswert sind. *Philippi-Nieheim.*

Die Lepra in Hanoï (Tonkin), von E. Boinet. (*Rev. de Méd.* 10. August 1890. Mit 6 Figuren.) Nach einer kurzen Darstellung der Topographie der Stadt Hanoï und der antihygienischen Verhältnisse, die die Verbreitung des Leprakeimes durch den Boden und das Wasser, als Vermittler, ermöglichen, untersucht der Verf. vergleichend die Bedeutung der Heredität und der Ansteckung in der Entwickelung der Lepra. — In Übereinstimmung mit der Mehrzahl der neueren Forscher kommt der Verf., gestützt auf theoretische Betrachtungen, dafs z. B. die Krankheit bei Kindern unter 3 Jahren nie beobachtet wird, und besonders auf Grund zahlreicher klinischer Tatsachen zu der Ansicht, dafs bei der Verbreitung der Krankheit die Ansteckung die bei weitem überwiegende Rolle spielt. — Nach den ihm von den Verwaltungsbehörden gemachten Angaben und nach dem Ergebnisse von 80 persönlich gesammelten Beobachtungen, glaubt er folgende Schlüsse ziehen zu können:

„1. Längerer Aufenthalt in derselben Hütte (faillote), die von dem, in dem Staub, in ausgetrocknetem Auswurf, in den Epidermisschuppen etc. enthaltene Leprabacillus durchseucht ist; 2. äufserst enges Zusammenleben; 3. die Benutzung der annamitischen Pfeife, deren schlecht abgetrocknetes Rohr der Reihe nach in den Mund genommen wird von mehreren Personen, die zuweilen mit leprösen Erosionen an Mund und Larynx behaftet sein können; 4. die Gewohnheit annamitischer Mütter, den Reis zu zerkauen und als Brei direkt in den Mund der Säuglinge auszustofsen; 5. Gebrauch derselben Gerätschaften, welche die mit leprösen Mundaffektionen Behafteten, wie in den vorhergehenden Fällen, mit dem Leprabacillus verunreinigen können, und 6. vielleicht der Genufs von Wasser, das von Leprakranken infiziert ist.

All' die aufgezählten Zustände, die eine Verbreitung des Leprabacillus ermöglichen, scheinen uns die Ansteckung mit demselben, sei es durch den Respirations- sei es durch den Verdauungstraktus, zu begünstigen. Auf dem durch die Heredität bereits vorbereiteten Boden können Wunden, Hautschrunden, die im heifsen Klima so häufigen Hautausschläge (Krätze-Ekthyma) als Eingangspforten dem Leprabacillus dienen."

Boinet machte Versuche mit Übertragung von Lepra auf junge Hunde, Ziegen, Makakos, schwarze Affen mit karminrotem Gesicht durch Impfung 1. von Blut, das auf der Höhe der Lepratuberkel entnommen war, 2. von Eiter und Serum aus den Ulcerationen; 3. von Kulturen des Leprabacillus, die auf Agar-Agar gemacht wurden. Die Resultate waren wie die seiner Vorgänger stets negativ.

Der Verf. schliefst seine Arbeit mit einer sehr eingehenden klinischen Schilderung der Lepra, in der er fast alle dieser Krankheit eigenen Formen und Komplikationen beschreibt. *Jeanselme-Paris.*

c. *Syphilis.*

Behandlung der Syphilis durch Injektionen von Quecksilbersalicylat, von C. Szadek (Kiew). (*Med. u. Surg. Reporter.* April 12. 1890.) Verf. hat gleich nach Silva Araujos Empfehlung des Mittels (1887) dasselbe anzuwenden begonnen und damit sowohl bei der Verabreichung per os als auch mittels intermuskulärer Injektionen sehr gute Resultate erzielt. Im Jahre 1888 hat er bereits (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1888. Bd. VIII. S. 457) über günstige Erfolge berichtet und bestätigt jetzt seine damaligen Mitteilungen. Es ist wichtig, mit kleinen Dosen anzufangen und erst ganz allmählich etwas zu steigern. Verf. hat im ganzen 42 Patienten mit dem Mittel behandelt und stimmt dem Lobe Schwimmers, Neumanns u. a. völlig bei.
Philippi-Nieheim.

Eine kurze, aber lehrreiche Reihe von primären Syphilisfällen, von Hioerth. (*Tidsskrift for den norske Laegeforening.* Oktbr. 1890.) Fall No. 1 bezieht sich auf einen jungen Mann mit ganz gewöhnlicher primärer Syphilis: Genitalinduration, Roseola, Pusteln auf der Kopfhaut; No. 2 war ein Mädchen, seine Schwester, mit Induration auf der Kopfschwarte, ziemlich lange verkannt; sie hatte vor einiger Zeit Kamm und Haarbürste gemeinschaftlich mit dem Bruder gebraucht; No. 3 ein Herr, der nach einem intimen Souper mit No. 2 einen Tonsillenschanker davongetragen hat. Die ganze interessante Reihe von Ansteckungen zeigt schlagend, wie insidiös die Verbreitung von Syphilis sich oft gestalten kann. *Pontoppidan-Kopenhagen.*

Über Behandlung der Syphilis mit Succinimid-Quecksilber, von Dr. J. Vollert in Wien. (*Therap. Monatsh.* 1890. No. 11.) Das Succinimid-Quecksilber entsteht durch Einwirkung von Quecksilberoxyd auf Succinimid; auf Veranlassung des Verfassers hat Kahlbaum einer solchen Lösung Cocain zugesetzt und wird die Lösung dadurch nicht beeinträchtigt. Von einer Lösung von

℞	*Hydr. succinimidati* (Kahlbaum)	2
	Cocain muriat.	1
	Aq. destill.	100
M. D. S.		

wird täglich 1 Pravazsche Spritze voll injiziert. Dabei hat Verf. gute Resultate erzielt, nie Abscesse, Intoxikationen, wie bei den unlöslichen Präparaten, beobachtet. In allen Fällen, wo Schmierkuren nicht eingeleitet werden können, möge man stets

zu den löslichen Quecksilbermitteln und vor allem zu diesem hier erwähnten Präparat greifen, weil damit so leicht kein Schaden angerichtet werden kann.

L. Hoffmann-Berlin.

Soll ein Arzt die Amme eines syphilitischen Kindes warnen vor den ihr drohenden Gefahren? Eine interessante Frage, über die die Meinungsverschiedenheiten noch weit auseinandergehen, wählte dieses Jahr Professor Fournier, als Autorität auf dem Gebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten bekanntes Mitglied der Pariser Fakultät, zum Gegenstand seiner Antritts-Vorlesung. So halte ich es für angebracht, dem Hauptinhalte nach seine Betrachtungen und die Schlufsfolgerungen, zu denen er gelangt ist, wiederzugeben.

Es handelt sich um eine der heikelsten Fragen, die einem Arzt zur Entscheidung vorgelegt werden können.

Eine Amme, die den Verdacht hat, es könnte das von ihr ernährte Kind mit einer ansteckenden Krankheit, der Syphilis, behaftet sein, bringt dasselbe zu Ihnen und bittet um ärztliche Untersuchung. Wie soll nun Ihr Verhalten sein? Man könnte nicht in allen Fällen dieselbe Antwort geben. Handelt es sich um eine Amme, der das Kind mit aufs Land ins Haus zum Aufziehen gegeben wurde, so ist die Amme sozusagen die Bevollmächtige der abwesenden Eltern, die Vormünderin des Kindes, sie hat nicht allein das Recht, sondern die Pflicht, die ärztliche Untersuchung des Kindes zu beanspruchen. In diesem Fall ist es klar und diese Lösung der Frage ist eine allgemein anerkannte, soll der Arzt die Untersuchung des Kindes vornehmen, und wenn er sich überzeugt, dafs das Kind mit Syphilis behaftet ist, soll er die Amme warnen, dafs ihr Säugling eine ansteckende Krankheit auf sie übertragen kann. Darauf sollen sich aber alle Aufklärungen beschränken, die der Arzt der Amme geben darf; er soll sich besonders hüten, das Wort Syphilis auszusprechen, denn er würde notwendigerweise damit die Erkrankung der Eltern verraten und indirekt die Verletzung des ärztlichen Amtsgeheimnisses sich zu Schulden kommen lassen; ein Vergehen, das durch die meisten Strafbücher vorgesehen ist und über das er sich vor Gericht zu verantworten hätte.

Die Lösung der Frage ist in diesem Falle eine ziemlich leichte; handelt es sich aber um eine bei der Familie selbst wohnhafte Amme, wie soll sich dann der Arzt verhalten? Hierin sind die Ansichten geteilt. Zur Klarstellung dieser Frage unterrichtete sich Professor Fournier über die Anschauungen verschiedener seiner Freunde und Kollegen und, wie es vorauszusehen war, machten sich mehrere geltend. Eine Anzahl darüber befragter Ärzte sprach sich unentschieden aus; andere waren der festen Meinung, ein Arzt müsse die Untersuchung eines heimlich, ohne Wissen der Eltern ihm zugeführten Säuglings verweigern, denn nähme er dieselbe ohne Einwilligung der Eltern vor, so würde er gesetzwidrig oder wenigstens ärztlich inkorrekt handeln, da eine solche Amme, die in einem Dienstbotenverhältnis zu den Eltern steht, nicht das Recht hat, dieselben selbständig zu vertreten. Den Anhängern dieser Meinung kann man aber Folgendes erwidern: Verweigert man jeden Beistand der Amme, so benimmt man ihr damit die Möglichkeit, sich darüber zu unterrichten, ob ihr in der That eine Gefahr droht; und fügt sie sich und wartet ab, so kann sie häufig durch die Schuld des Arztes sich Syphilis zuziehen und zwar eine schwere Form der Syphilis, da es sich um eine unbemittelte Person handelt, die sich wahrscheinlich nur in einer ungenügenden Weise wird behandeln lassen können, eine schwere Form, da es eine junge Frau ist, da sie wiederholten Fehlgeburten ausgesetzt ist und endlich, da dieselbe verheiratet, die Infektion auf ihren Mann übertragen wird. Ein Arzt, der dementsprechend handelt, übernimmt also eine schwere Verant-

wortlichkeit, denn durch sein Schweigen wird er zum Urheber des ganzen Unheils. Darum schliefst sich Professor Fournier der dritten und letzten Anschauung an, die er übrigens selbst seit vielen Jahren befolgt. Der Arzt soll das ihm vorgestellte Kind untersuchen und findet er es syphilitisch erkrankt, so soll er der Amme mitteilen, dafs ihr Verbleiben bei dem Kind für sie mit Gefahr verbunden ist; er soll sich aber hüten, eine Äufserung zu machen über die Art der Erkrankung des Kindes, oder irgend ein Attest der Amme auszuhändigen, welches häufig dringend erbeten wird, da ein solches in ihren Händen leicht zu Erpressungen gegen die Eltern des Säuglings mifsbraucht werden könnte. — Diese Lösung der Frage ist jedenfalls eine logische und humane. Es ist nicht unwichtig, hervorzuheben, dafs die diesbezüglichen gerichtlichen Entscheidungen — dieselben sind freilich sehr selten — sich in demselben Sinne aussprechen; so wurde ein Arzt, der wissentlich die Ansteckung einer Amme durch den Säugling erfolgen liefs, mit aller Strenge von dem Gerichtshof in Dijon verurteilt. — Zum Schlufs spricht Professor Fournier sein Vergnügen darüber aus, dafs seine Anschauungsweise über diesen Gegenstand vollkommen geteilt wird von Brouardel, Dekan und Professor der gerichtlichen Medizin an der Pariser Fakultät.

Jeanselme-Paris.

Statistik der extra-genitalen Schanker, welche vom 1. Febr. 1888 bis 1. Febr. 1889 auf der Klinik für Syphilis- und Hautkranke (Fournier-Paris) vorkommen, von L. Veslin.

Dieselbe Statistik über den Zeitraum vom 1. Febr. 1889 bis 1. Febr. 1890, von Henri Feulard. (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. Heft 4. S. 317).

Veslin berichtet über 26, Feulard über 34 Fälle. — Die Einzelheiten bieten nichts Besonderes. *Türkheim-Hamburg.*

Ulcus durum in der Nasenscheidewand rechts, von A. B. Marfan, (Hôpital Necker.) (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. Heft 6. S. 499). Es ist dies der siebente, in der Litteratur bekannte Fall. — Wie der Schanker dahin gekommen, vermochte der 17jährige Taglöhner nicht anzugeben.

Bezugnehmend auf diese Mitteilung wird auf S. 571, Jahrgang 1890 der *Annales* noch auf zwei weitere Fälle von Nasenschanker hingewiesen, die sich in den *Annales* (1881. S. 115 bis bezw. 1887 S. 701) veröffentlicht finden. Aufserdem ist dem N. D. L. R. unterzeichneten Verfasser dieser Note noch Kenntnis von einem zehnten Fall geworden, der von Gemy stammt und daselbst ausführlich mitgeteilt wird.

Türkheim-Hamburg.

Ein Hymnus auf die Syphilis, von Lanquetin. (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. Heft 3. S. 283.) Die kleine Abhandlung ist eine Übersetzung aus einer spanischen Schrift, die zu Anfang des 17. Jahrhunderts von einem Lucas Hidalgo aus Madrid veröffentlicht wurde und in launiger Weise ein Loblied auf die Syphilis und ihre Opfer singt. Allen Freunden eines liebenswürdigen Humors sei dieser Artikel bestens empfohlen. *Türkheim-Hamburg.*

Einschränkungen beim Gebrauche des Hg in der Syphilistherapie, von Prof. Lang (in Wien). (*Wien. klin. Wochenschr.* 1890. No. 31.) Verf. ist im allgemeinen Gegner der sogen. Präventivbehandlung der Lues und will nur einzelne Ausnahmen gelten lassen: Ist der Verlauf der Initialsklerose ein sehr langsamer, nimmt das Geschwür die Form eines syphilitischen Spätproduktes, eines serpiginös-ulcerösen Gummas an, bleiben die Allgemeinerscheinungen lange aus und ist eine lokal-chirurgische Behandlung des Geschwürs aus irgend einem Grunde unmöglich,

so schreitet Lang zur Allgemeinbehandlung. Dasselbe thut er, wenn zwar die Initialmanifestation normal ausheilt, indessen die erwarteten Allgemeinsymptome längere Zeit ausbleiben, dagegen Anämie, periodische Kopfschmerzen auftreten und der Verdacht entsteht, dafs die Generalisierung des Kontagiums zu irritativen Vorgängen in tiefer liegenden oder edleren Gebilden, statt an Haut und Schleimhäuten geführt hat. Abgesehen von diesen Ausnahmen warte man, bis die konstitutionelle Lues vollständig ausgebrochen ist. Man hüte sich mehr Quecksilber als nötig ist, zuzuführen und beschränke sich darauf, nachdem alle Symptome geschwunden, die Behandlung noch einige Zeit fortzusetzen.

Da der Darmtraktus dem Hg gegenüber nicht sehr tolerant ist, kann die blofs innerliche Verabreichung des Hg häufig nicht ausgiebig und energisch genug sein.

Die Inunktionskur ist bei richtiger Auswahl der Fälle ja meistens gefahrlos, doch sind auch bei dieser häufig genug Vergiftungserscheinungen beobachtet worden, als dafs nicht eine gewissenhafte Beobachtung des Darmtraktus, der Mundhöhle etc. notwendig wäre.

Auch die Behandlung mittelst Injektionen erfordert Vorsicht. Den flüssigen Suspensionen haftet eine unverläfsliche Dosierung an. Am verläfslichsten sind die Gemenge von Öl und Lanolin, die bei gewöhnlicher Temperatur Salbenkonsistenz besitzen. Alle Präparate, wie auch das graue Öl, müssen an kühlem Orte aufbewahrt und erst kurz vor dem Gebrauch erwärmt werden.

Der Vorsicht wegen soll man jeden Kranken vor und während der Behandlung häufig auch auf andere Krankheiten hin untersuchen, da dieselben eventuell von grofser Bedeutung sein können. Speciell soll der Harn auf Eiweis untersucht werden.

Zum Schlufs kommt Verf. mit einigen Worten auf die bekannte Hofmannsche Affaire mit der Plenckschen Solution zu sprechen. Auch er begreift nicht, wie man mit einem so heroischen Mittel gegen die relativ harmlosen Papeln zu Felde ziehen könne. *Dreckmann-Recklinghausen.*

Zur Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Hg thymolo-aceticum, von Dr. Szadek. (*Wien. med. Wochenschr.* 1890. No. 22.) Verf. behandelte 18 Syphilisfälle mit 122 Injektionen einer 7prozentigen Suspension des Thymolquecksilberacetats. Die Injektionen geschahen meistens in die Glutäen. Die Reaktion war gering, die Schmerzen mäfsig, die Wirkung ausgezeichnet. Verf. kann somit das obige Mittel mit dem langen Namen sehr empfehlen.

Dreckmann-Recklinghausen.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Beiträge zur Geschichte der Keratosis pilaris, von L. Brocq. (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. Heft 1—3.) Bei vielen Menschen finden sich an der Hinterfläche der Arme und der Seitenfläche der Schenkel zahlreiche, stecknadelkopfgrofse Knötchen, die sich trocken und hart anfühlen und um einen Haarbalg gelagert sind, dessen Haar fast immer atrophisch erscheint. Dieses Verhalten, das von den meisten Autoren als leichte Ichthyosis aufgefafst wird, nennt Brocq Keratosis pilaris. — Die Keratosis p. fängt erst da an, interessant zu werden, wo sie sich nicht auf die genannten Körperteile beschränkt, sondern auch im Gesicht erscheint, um daselbst die

unangenehmsten Entstellungen hervorzurufen. Der erste Dermatologe, der diese Form eingehend beschrieb, war Erasmus Wilson. Er nannte sie Folliculitis rubra. Ihm folgte eine stattliche Reihe bedeutender Autoren, die mehr oder minder unabhängig von einander denselben Gegenstand behandelten und die einzeln aufzuzählen und zu analysieren sich Brocq die Mühe nicht verdrießen läßt. Er selber bereichert die Kasuistik noch durch Veröffentlichung von 11 weiteren Krankengeschichten, und knüpft daran eine sehr fleißige anatomische Darstellung der Keratosis pilaris corporis et faciei; beide Formen werden besonders abgehandelt. Letztere, die Keratosis pil. facialis, scheint erst mehrere Jahre nach der Geburt aufzutreten, breitet sich dann aber, wenn auch langsam, immer weiter aus, kann zu Alopecie, zu Narbenbildung u. s. w. führen, um dann aber mit dem beginnenden Alter fast völlig wieder zu verschwinden. Sie ist nicht gerade eine pathologische Seltenheit, kommt aber doch viel weniger häufig vor als die Keratosis pilaris der Extremitäten. Frauen werden viel mehr von ihr befallen als Männer; auch scheint sie die Skrofulösen mit Vorliebe zu befallen. Erblichkeit spielt bei beiden Formen eine gewisse Rolle. Die Behandlung besteht in innerlicher Darreichung von Leberthran und Arsenik in hohen Gaben. Äußerlich empfehlen sich Einpudern, Waschen mit Glyzerinseife, mit Karbolwasser, verschiedene Salben u. s. w. Die besten Erfahrungen hat Brocq mit grüner Seife gemacht.

Den Schluß der sehr umsichtigen Arbeit bildet eine kritische Besprechung der nosologischen Stellung der Keratitis pilaris. Brocq kann sie nicht als einfache Varietät der Ichthyosis gelten lassen, sondern fordert für sie einen besondern Platz, und zwar keinen allzukleinen, in dem dermatologischen Heerbann. *Türkheim-Hamburg.*

b. *der Cutis.*

Experimentelle Untersuchung eines Pilzes, der in einem Favusartigen Ausschlag gefunden wurde, von Désir de Fortunet (Antiquaille) und J. Courmont (Lyon). (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. Heft 3. S. 239 ff.) Bei einem jungen Mädchen war ohne nachweisbare Veranlassung auf der linken Hand ein Ausschlag entstanden. Derselbe begann mit kleinen, anfangs durchscheinenden Bläschen, deren Inhalt sich bald trübte und ausfloß. An Stelle der Bläschen bildeten sich dann kleine Schuppen, die rasch abfielen. — Die Behandlung dieses Ausschlags war eine wenig eingreifende, der Verlauf ein glatter.

Da die Verf. dieses Exanthem, das noch am meisten Ähnlichkeit mit Favus hatte, nicht recht zu klassifizieren vermochten, so fahndeten sie auf Bacillen, und es gelang ihnen auch, aus dem serösen Bläschen-Inhalt schneeweiße, sammetglänzende Gelatine-Kulturen zu gewinnen, die sich unter dem Mikroskop aus fragmentierten Mycelium (M. fragmenté) und ungleichen Sporen zusammengesetzt erwiesen. Weitere morphologische und biologische Mitteilungen über diesen Pilz behalten sich die Verf. für eine eigne Arbeit vor. Er steht in der Mitte zwischen Achorion und Trichophyton.

Durch Impfung mit der Kultur wurde bei einem Manne ein spiraliger (circiné), schuppender Ausschlag, der dem Herpes circinatus sehr ähnlich sah, erzeugt. Eine damit auf den Kopf geeimpfte Maus starb nach einigen Wochen „avec un superbe favus généralisé à toute la tête". *Türkheim-Hamburg.*

Die Behandlung der Akne, von Henry W. Blanc. Journ. Amer. Med. Ass. Oct. 25. (*Med. News* Novbr. 29. 1890.) Es ist besonderes Gewicht darauf zu legen,

dafs die Verdauungsorgane in geregelter Thätigkeit bleiben; ferner sollen die Komedonen und Pusteln sogleich beim Erscheinen entfernt resp. mit der Lanzette eröffnet werden, da eine Narbenbildung bei der operativen Behandlung derselben weniger leicht eintritt, als wenn sie sich selbst überlassen bleiben. Von Medikamenten hat sich Schwefel dem Verf. am besten bewährt. Als Waschwasser benutzt er:

℞ *Kalii sulphid.*
Zinc. oxydat.
Zinc. sulphuric.
Glycerin ää 7,5
Aq. rosar. q. s. ad 120,0

Diese Lösung wird nach Entfernung allen öligen Sekretes auf die Haut regelmäfsig aufgetragen.

Zur Abwechselung damit dient:

℞ *Sulphur. praecipitat.* 5,75
Acid. salicylic. 1,25
Extr. fluid. ergotini 7,5
Lanolin. q. s. ad 30,0

Diese Salbe wird morgens und abends aufgetragen, nachdem die Haut mit Hebraschem Spiritus saponato-kalinus gereinigt worden ist. In manchen Fällen ist auch Ichthyol mit Salicyl nützlich.

℞ *Ichthyol. pur.* 22.0
Acid. salicylic. 2,0
Vaselin. 56,0

S. morgens und abends aufzutragen.

Bei jeder Akne ist es von Wichtigkeit auf die Vermeidung aller Hautreizungen mittelst Staub, vielen Waschens, Reibens mit hartem Handtuch und dergleichen zu achten. Mit einer reizlosen Seife werde alles fettige Sekret der Talgdrüsen entfernt. Zu letzterem Zwecke dient auch folgendes Waschwasser:

℞ *Acid. boric.*
Glycerin ää 7,0
Alkohol 28,0
Aether q. s. ad 85,0

Diese Lösung kann man auch auf der Haut antrocknen lassen, da der dünne Überzug, der auf diese Weise entsteht, nicht zu sehen ist.

Philippi-Nieheim.

Zwei Fälle von Elephantiasis, von Ingerslev. (*Hospitalstidende.* 1890. No. 46.) Verf. referiert zwei mittelmäfsig stark entwickelte Fälle von Elephantiasis cruris, in denen eine konsequent durchgeführte Behandlung mit Massage und Bettruhe sehr bedeutende Besserung hervorbrachte. Der eine Fall, welcher später untersucht wurde, zeigte doch schon einige Monate nachher Recidiv, indem der Zustand ungefähr derselbe war, wie vor der Behandlung. *Pontoppidan-Kopenhagen.*

Ein Fall von Psorospermosis cutanea. Vorgestellt im Ärztlichen Verein zu Budapest, von Prof. Schwimmer. 18. Oktbr. 1890. (*Gyógyàszat.* 1890. No. 43.) Die 40jährige Frau gibt an, seit 3 Monaten hautkrank zu sein. Seitdem breitete sich die Krankheit auf 5/6 der ganzen Haut aus. Die Haut ist, überhaupt am Halse,

Nacken, Inguinalgegenden mit papillomatösen Wucherungen bedeckt, ja selbst die Schleimhäute und die äußeren Gehörgänge zeigen derartige Veränderungen. Starkes Jucken herrscht vor. SCH. zeigt auch mikroskopische Präparate der in der Epidermis gefundenen Parasiten. *Róna-Budapest.*

Progressive Ernährungsstörungen.

II. Benigne.

Symptomatologie und pathologische Anatomie des Keloids, von H. LELOIR und E. VIDAL.

E. VIDAL: Behandlung des Keloids und der hypertrophischen Narbe. (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. Heft 3. S. 193 ff.)

ALIBERT war der erste, der im Jahre 1810 das Keloid beschrieb und ihm seinen Namen gab (von χηλή, die Krebsscheere). Er unterschied auch bereits zwischen einem primären Keloid, das auf gesunder Haut entsteht (Kelis genuina) und einem sekundären (Kelis spuria), das sich nur auf Narben entwickelt. Dieser Unterschied wird freilich von einzelnen Autoren nicht gelten gelassen, von den meisten aber, und auch von LELOIR und VIDAL, anerkannt.

In der vorliegenden Abhandlung geben sie eine ausführliche Beschreibung beider Formen und weisen auf die verschiedenen Unterschiede hin, die in ihrem klinischen Verhalten und anatomischen Bau obwalten. Auch ihnen ist es trotz zahlreicher Untersuchungen nicht gelungen, irgend einen Mikroben in dem primären Keloid zu entdecken. Die Pathogenese dieser Tumoren, die sich in ihrem Bau den Fibromen und Fibrosarkomen nähern, ist noch völlig unbekannt.

Sehr interessant ist das, was VIDAL über die Behandlung des primären Keloids sagt, das sich bisher noch gegen alle Eingriffe rebellisch erwies und das nach Zerstörung mit dem Glüheisen oder Entfernung mit dem Messer immer wieder recidivierte. Da der Tumor seinen Sitz nur in der Haut hat, so skarifiziert er ihn, nachdem die Stelle vorher mit Methylchlorür anästhesiert ist, seiner ganzen Dicke nach, und zwar kommen Längs- und Querschnitte, die nur wenige Millimeter in die gesunde Haut hinüberreichen dürfen, zur Anwendung. Diese Skarifikationen führen sicher, aber bei einigermaßen großen Keloiden, oft erst nach Monaten zur Heilung. Man darf nicht früher damit aufhören, als bis auch das kleinste Knötchen verschwunden ist, da sonst noch leicht ein Rückfall erfolgt. — Neuerdings ist auch die Elektrolyse in Vorschlag gebracht worden. —

Die Narbenkeloide recidivieren nach einer einmaligen Entfernung oder Zerstörung fast niemals wieder. Nicht selten auch verschwinden sie allmählich durch Resorption ohne jeden Eingriff. *Türkheim-Hamburg.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Ein Fall von Sklerodermie. (Vorgestellt im Ärztlichen Verein zu Budapest. 1890. 8. November), von Dr. M. BRÜCK. (*Gyógyàszat.* 1890. No. 46.) D. B. 6jähriger Knabe leidet seit unbestimmbarer Zeit an einer Hautkrankheit. Die größten Ver-

änderungen zeigt die Haut der rechten oberen Extremität; diese Extremität selbst hat an Umfang abgenommen und zeigt Kontrakturen. Die Haut ist an der Beugeseite blafs, glatt, verdickt und stark an die Unterlage gelötet. Man sieht auch einzelne erbsengrofse dichte Stellen, wo die Haut braunrot ist. An der Streckseite ist die Haut gespannt, dünn, bräunlich pigmentiert. Die Kontraktur ist am Handgelenk am ausgesprochensten. Veränderungen sieht man noch über dem Schulterbein und einzelne Plaques zerstreut am Rücken, Hals, im Gesichte. Therapie: Massage, laue Bäder. *Róna-Budapest.*

Behandlung des Ulcus cruris, von A. E. Maylard. Bericht des New Victoria-Infirmary. (*Glasgow. med. Journ.* Dezember. 1890.) Verf. legt besonders Gewicht auf die Desinfektion der Geschwüre mittels Sublimatumschläge oder desinficierende Bäder und ferner auf Beförderung des Blutkreislaufs mittels Massage. Einmal hat Verf. auch ein durch Circumcision gewonnenes Stück Vorhaut zur Überhäutung eines Beingeschwürs verwendet. Wenn das subkutane Gewebe bis zum Blosliegen der im frischen Wachstum befindlichen Epithelzellen der Haut abgetragen wird, so heilt das Stück gut an, sogar nach stundenlangem Aufbewahren. *Philippi-Nieheim.*

Ulcus cruris, von G. A. Mack. (*Med. News.* Oktober 11. 1890.) Kurze Besprechung der Ätiologie und der pathologischen Anatomie des Leidens und Empfehlung der folgenden Behandlungsweise: nach vorsichtiger Reinigung und Abtrocknung der Extremität wird das Geschwür mit einem Salbenläppchen (Vaselin und Bleiweifs in Leinöl ää mit Karmin q. s.) bedeckt, darüber kommt ein Bausch Verbandwatte und der ganze Unterschenkel von den Zehen bis zum Knie wird mit einer ungestärkten Mullbinde ziemlich fest umwickelt. Dieselbe wird meistens jeden zweiten Tag erneuert. Bei torpiden und gangränösen Geschwüren empfiehlt es sich einige Tage hindurch etwas Bleijodid (0,6 : 20,0 Salbe) hinzuzufügen. Die Methode hat sich dem Verf. im Laufe von 12 Jahren an ca. 200 Patienten stets bewährt.
Philippi - Nieheim.

Über einen Favusfall, von Dr. Karewsky. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 47.) In der Sitzung der Berl. Med. Gesellschaft vom 5. November stellte Herr K. einen Fall von Favus herpetiformis am Oberarm vor, von dem nicht zu eruieren ist, woher der Patient dazu gekommen ist. Er selbst hat am ganzen Körper keinen sonstigen Ausschlag, und auch in der Familie ist nichts nachzuweisen. Der Favus zeigt die aufserordentlich charakteristischen kreisrunden Schilder von schwefelgelber Farbe mit erhobenen Rändern und dellenförmig flacher und punktförmiger Vertiefung in der Mitte. In der Umgebung der Skutula besteht noch das herpesartige Stadium, welches der Progression des Prozesses vorangeht. *L. Hoffmann-Berlin.*

Wesen und Ursache der Alopecia areata, von A. Plattner. (*Inaug. Diss.* Zürich. 1890.) Im Anschlufs an eine Schilderung einiger (14) teils von Dr. Hermann Müller in Zürich teils vom V. beobachteter Fälle werden die Symptome, pathologische Anatomie und Ätiologie dieser noch immer höchst interessanten und rätselhaften Krankheit in sehr eingehender und übersichtlicher Weise besprochen. Es ist dabei sowohl die deutsche als auch die französische, englische und italienische Litteratur sorgfältig zusammengestellt und in objektiver Weise gesichtet. Betreffs der Ätiologie nimmt Verf. einen Einfluss des Nervensystems als Hauptmoment an, wozu ihn einesteils die ihm zu Gebote stehenden Krankengeschichten als auch die negativ ausgefallenen Züchtungsversuche Müllers hindrängten. Wenn auch der unumstöfsliche Beweis für die Richtigkeit dieser Auffassung in allen Teilen hiermit noch nicht

erbracht ist, so ist doch die Arbeit sowohl wegen der umfassenden Litteraturübersicht als auch wegen der darin enthaltenen, interessanten Krankengeschichten durchaus lesenswert. *Philippi-Nieheim.*

Zur Behandlung der Alopecia areata, von R. W. Taylor. (*Med. News.* Okt. 25. 1890.) Aus Rücksicht auf die auch von namhaften Autoren vertretene Ansicht einer parasitären Ätiologie der Affektion läfst T. das Haar kurz abschneiden und die Kopfschwarte mit einem alkalischen Kopfwasser und einer (½—1 ‰) Sublimatlösung bearbeiten. Ferner empfiehlt er, die Kopfhaut mehrmals täglich mit folgender Lösung einzureiben: ℞. Tr. cantharid. 30,0, Tr. capsic. 15,0 Aq. dest. q. s. ad 240,0, adde Aq. coloniens 7,5. — Im weiteren Verlauf gebraucht er der Abwechslung wegen Vesikantien von Cantharidenkollodium [oder Oleum sinap. 15,0 mit Ol. Olivar. 60,0. Mit der elektrischen Behandlung hat Verf. wenig günstige Resultate erzielt.

Philippi-Nieheim.

Sekretionsanomalien.

Blutiger Schweifs bei einem hysterischen Manne. Vorgestellt im Ärztlichen Verein zu Budapest am 8. November 1890. Von Dr. Imrédy. (*Orvosi Hetilap.* 1890. No. 46.) Der 29jährige Mann, der bis Ende Mai dieses Jahres stets gesund war, fiel von einer Höhe von 12 Meter auf den Kopf. 4 Wochen hindurch lag Pat. in Bewufstlosigkeit. 3 Wochen später entwickelte sich bei ihm rechtsseitige Hemiplegie mit Zuckungen und Sprachstörung. Am 29. September wurde Patient auf die zweite interne Klinik (Prof. Kétli) gebracht, wo rechtsseitige Hemiparesis spastica, totale Hemianästhesie, und Sprachstörung konstatiert wurde. Diese in Betracht ziehend, konnte man an materielle Veränderungen in der Rinde (oder in der Nähe derselben) der linken Gehirnhemisphäre denken. Aber dem Prof. Kétli kamen die hochgradige Hemianästhesie, die krampfhafte Deviation der Zunge beim Hinausstrecken verdächtig vor und er glaubte Hysterie annehmen zu können. Diese Annahme wurde gerechtfertigt, denn bald traten alle diese Symptome zurück, während an der linken parietalen Gegend an circumscripter Stelle blutiger Schweifs austrat, und das ganze Krankheitsbild konnte durch Suggestion wieder hervorgerufen werden. Das Blutschwitzen wiederholte sich seitdem des öfteren, und dafs wirklich Blut im Spiele war, wurde mikroskopisch und spektroskopisch klargestellt. *Róna-Budapest.*

Berichtigung.

In dem Aufsatze von Dr. Joh. Fabry (Heft 1 dieses Bandes) fehlen Seite 7 Zeile 21 von oben am Schlusse des Satzes die Worte „erkennen lassen."

Es mufs heifsen:

„Die sich an den Drüsenschnitten, wie bei der histologischen Beschreibung bemerkt wurde, zwischen den Bindegewebsmaschen des Drüsengewebes **erkennen lassen.**"

Über das Kochsche Heilmittel gegen Tuberkulose.

I. Referate.

Von

L. Hoffmann-Berlin.

1. Mitteilungen des Oberstabsarztes Dr. Köhler. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 48.)

2. Histologisches über die Wirkung des Kochschen Heilmittels von Dr. E. Kromayer in Halle. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 49.)

3. Mitteilungen von Prof. Henoch. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 51.)

4. Mitteilungen von Prof. Dr. Helferich in Greifswald. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 50.)

5. Über die Wirkung des Kochschen Heilmittels bei Lepra und Lupus erythematodes von Dr. Ed. Arning in Hamburg. (Ebenda.)

6. Versuche von Dr. Schede in Hamburg. (Ebenda.)

7. Maes's Mitteilungen. (Ebenda.)

Köhler (1) äufserte sich bei der Demonstration der Lupusfälle etwa folgendermafsen:

Wie haben wir uns die Wirkung des Kochschen Mittels beim Lupus vorzustellen?

Wir müssen uns halten an das, was Geheimrat Koch als die Wirkung seines Mittels bezeichnet: das tuberkulöse Gewebe stirbt ab, die Bacillen bleiben leben. Was wird aus diesem abgestorbenen tuberkulösen Gewebe, das die lebenden Bacillen einschliefst?

Mehrere Möglichkeiten sind vorhanden. Hat der Lupus einen mehr oberflächlichen Sitz, so ist es der Natur verhältnismäfsig leicht, durch die starke Ausscheidung, welche durch die platzende Haut vor unseren Augen stattfindet, das abgestorbene Gewebe mit den Bacillen an die Oberfläche des Körpers zu werfen; die Bacillen werden also eliminiert, und dauernde Heilung tritt ein. Sitzt der Lupus aber, wie gewöhnlich, auch in den tieferen Schichten der Haut, oder im subkutanen Gewebe, so liegen die Verhältnisse anders. Nehmen wir den letzteren Fall an, da er uns den Gegensatz zu der ersten Form klar zum Verständnis bringt. Wir haben also nach Anwendung des Kochschen Mittels ein abgestorbenes, lebende Tuberkelbacillen enthaltendes Gewebe unter der Haut liegen. Dem Bestreben des Körpers, das für ihn zum Fremdkörper gewordene Gewebe nach aufsen abzustofsen, setzt die Cutis einen unüberwindbaren Widerstand entgegen. Nur dann, wenn die Cutis selbst in ihrer ganzen Dicke nekrotisch geworden ist, könnte die Elimination nach aufsen stattfinden. Eine solche totale Gangrän der Haut in ihrer ganzen Dicke ist meines Wissens als Folge des Kochschen Mittels noch nicht beobachtet. Das abgestorbene tuberkulöse

Gewebe bleibt also im Körper zurück, und wir müssen uns nun die Frage vorlegen: was wird aus ihm?

Theoretisch sind folgende Vorgänge denkbar:

1. Das abgestorbene Gewebe wird resorbiert:

a. Mit den lebenden Bacillen. Das würde mit Gefahr für den Organismus verknüpft sein.

b. Ohne die Bacillen. Dann bleiben diese in loco liegen, und da sie nicht tot sind, können sie nach mehr oder weniger langer Zeit — es können Monate darüber vergehen — ein Recidiv machen.

2. Das abgestorbene Gewebe wird nicht resorbiert, sondern bleibt an seinem Orte liegen und schliefst als Hülle die lebenden Tuberkelbacillen ein. So lange diese schützende Hülle (Verkäsung?), die Kapsel intakt ist, sind die Bacillen für den Organismus ausgeschaltet, also unschädlich. Wird dagegen durch Zufall, durch Stofs, Druck und dergl. die schützende Hülle gesprengt, so können die oben erwähnten Gefahren von neuem entstehen. Wir alle kennen solche Beispiele. Ein tuberkulöses Kniegelenk ist z. B. so weit ausgeheilt, dafs die Schwellung sehr zurückgegangen ist, kein Schmerz und Fieber mehr besteht, und das Allgemeinbefinden sich sehr gehoben hat. Genug, wir sprechen von einer Art Heilung. Aber das Knie steht in Flexionsstellung. Dies veranlafst uns zum Brisement forcé, und das Resultat ist eine Rekrudescenz der tuberkulösen Entzündung. Offenbar haben wir in einem solchen Falle die schützende Hülle (den Käse) der Bacillen zerstört.

Aber auch eine andere Möglichkeit liegt vor. Durch den veränderten Nährboden, der das abgestorbene tuberkulöse Gewebe für die Bacillen abgibt, könnten die Tuberkelbacillen doch vielleicht mit der Zeit abgetötet werden. Dann würden wir von einer wirklich idealen Heilung des Lupus reden, von einer Heilung, welche nicht durch chirurgische Nachhilfe herbeigeführt ist. Geh. Rat Koch betont aber ausdrücklich, dafs die Bacillen selbst lebend bleiben.

Daraus folgt, dafs wir beim tiefgehenden Lupus chirurgisch eingreifen müssen, um dem abgestorbenen Gewebe den Weg nach aufsen zu bahnen, und wir sollen das thun, wenn das Mittel in grofsen Dosen weder allgemeine noch lokale Reaktion hervorruft, also alles tuberkulöse Gewebe abgestofsen ist. Durch den scharfen Löffel können wir die Gewebe oberhalb der abgestorbenen Partieen zerstören und die Herde entfernen, und sollte das letztere nicht überall der Fall sein, so kann die Natur jetzt mit Leichtigkeit das tuberkulöse Gewebe an die Oberfläche werfen, und die Genesung wird eintreten. Die Verhältnisse liegen nun genau so günstig, wie beim oberflächlichsten Lupus.

Man kann aber meiner Meinung nach beim Lupus auch auf umgekehrtem Wege zum Ziele gelangen. Wir können den Lupus, bevor wir mit den Einspritzungen beginnen, behandeln, wie wir dies bis jetzt gethan haben, mit Auslöffeln u. s. w. Darauf beginnt man erst mit den Einspritzungen. Ist tuberkulöses Gewebe zurückgeblieben, wie es erfahrungsgemäfs so häufig geschieht, so erfolgt die lokale Reaktion durch die Einspritzungen prompt, und der Organismus kann nun leicht die abgetöteten Gewebe auf die wunde Körperoberfläche werfen.

Ich möchte hier eine auffallende Beobachtung registrieren. In dem einen in vorigem Referat beschriebenen Falle von Lupus (Theiss) sind diejenigen Stellen an dem knorpeligen Teile der Nase, welche die Form des exulcerierenden Lupus zeigten, nach einer Einspritzung vernarbt und bis jetzt auch vernarbt geblieben, während andere Stellen, welche nicht geschwürig waren, noch nicht als unzweifelhaft lupusfrei angesprochen werden können. Vielleicht konnte an jenen ulcerierenden Stellen das tote Gewebe leicht zur Körperoberfläche

gelangen. Sollten weitere Erfahrungen die Deutung dieses Vorganges bestätigen, so würde sich für tuberkulöse Geschwüre überhaupt die günstigste Perspektive eröffnen.

In dem zweiten Falle von Lupus (THON) ist ein augenfälliger Beweis dafür gegeben, dafs oberflächlicher Lupus ohne jede chirurgische Nachhilfe allein durch die Injektionen geheilt werden kann. Zahlreiche Inseln früher lupöser Hautpartieen zeigen nicht nur die Ausführungsgänge der Hautdrüsen, sondern jetzt sogar Lanugo. Es ist dies wohl der Fall von Lupus, welcher von allen bis jetzt am weitesten in der Heilung vorgeschritten ist.

KROMAYER (2) schildert die Veränderungen, welche Lupusgewebe nach einer Injektion des KOCHschen Mittels zeigten. Die Vorgeschichte der Patientin ist folgende:

Frau X., 29 Jahre alt. Vater an Lungenschwindsucht gestorben, Geschwister gesund. Im Frühjahr 1888 bemerkte Patientin am linken Mundwinkel und linken Nasenflügel je ein kleines rotes Pünktchen. 1/2 Jahr später hatte der Lupus von dem Nasenflügel aus die Nasenspitze ergriffen und am Mundwinkel die Gröfse eines Zwanzigpfennigstücks erreicht. Im Frühjahr 1889 wurde sie mit dem Skarifikator und Paquelin behandelt. Seit dieser Zeit mit Salbe und diätetischen Vorschriften. Am 24. November wurde Patientin in meine Klinik aufgenommen.

Status: Die Nase und angrenzende Partieen der Backe und Oberlippe von Lupus befallen. Auf der linken Backe mehrere isoliert stehende linsengrofse Lupusknötchen. Cervical- und submaxillare Lymphdrüsen nicht geschwollen, Lungen intakt. Temperatur 37,1.

Am 25. November vormittags 11 1/4 Uhr bekam Patientin eine Injektion von 5 mg des KOCHschen Heilmittels. Um 2 Uhr nachmittags begannen die lupösen Hautpartieen die von KOCH angegebenen Reaktionen zu zeigen: sie schwellen an und röten sich intensiver. 4 1/2 Uhr Temperatur 37,5, 5 1/2 Uhr Temperatur 38,3, 6 1/2 Uhr Temperatur 39,2.

Die Nase ist jetzt unförmig dick angeschwollen. An einzelnen Stellen sickert eine dünne, schwach gelbliche Flüssigkeit aus. Nicht nur die lupösen Stellen der Wange sind stark gerötet und geschwollen, sondern auch die gesunde Wangenhaut und die Augenlider ödematös geschwollen und gerötet. Patientin klagt über heftige Schmerzen in den erkrankten Partieen. Submaxillare Lymphdrüsen mäfsig geschwollen. 6 3/4 Uhr Excision eines etwa 2 cm langen und 1/2 cm breiten Keiles aus der Haut der linken Wange durch 2 Skalpellschnitte. Der Keil enthält halb normale, halb lupöse Haut. Das excidierte Stückchen wird zur Hälfte in absolutem Alkohol, zur anderen in FLEMMINGscher Lösung fixiert und in Alkohol gehärtet.

Die Excision wurde also 7 1/2 Stunden nach der Injektion gemacht. Das excidierte lupöse Gewebe zeigte vor der Injektion Röte und geringe Erhabenheit gegenüber der normalen sie umgebenden Haut. Borken, Krusten und Schuppen fehlten auf ihm, und überzog dasselbe eine normale oder jedenfalls intakte nicht verletzte Epidermis. Zur Zeit der Excision war das Gewebe stark gerötet und geschwollen, und zeigten sich einzelne kleinste, eben erkennbare gelbliche Pünktchen auf demselben, die scheinbar unter der Epidermis lagen. Die histologische Untersuchung fand nach Celloidineinbettung teils an ungefärbten teils an mit Pikrokarmin, Karmin, Vesuvin, Hämatoxylin, Hämatoxylin-Eosin gefärbten Schnitten statt. Letztere Färbemethode

b die brauchbarsten und schönsten Bilder.

Histologische Untersuchung.

Was zunächst die normale an die Lupusherde angrenzende Haut betrifft, so zeigte sie, je näher sie den Tuberkeln lag, eine zunehmende Infiltration von mehrkernigen Rundzellen, hauptsächlich in der Peripherie der Gefäfse. Einzelne durch ihre Verzweigungen als venöse Kapillaren charakterisierte Gefäfschen waren vollkommen von einem dichten Zellmantel aus zahlreichen Rundzellen eingehüllt. An dem Gewebe der Cutis selbst waren keine weiteren Veränderungen zu konstatieren. Die mikroskopisch deutlich vorhandene Schwellung hatte bei dem kurzen Bestande offenbar noch keine mikroskopisch sichtbaren Veränderungen hervorgerufen und war selbst natürlicher Weise durch die Härtung in Alkohol verloren gegangen. Indessen zeigte die Epidermis an einzelnen Stellen, die nahe den lupös erkrankten Partieen lagen, Veränderungen, die auf eine Exsudation von Flüssigkeit in die Epidermis und somit auf einen entzündlichen Prozefs der Cutis sicher schliefsen liefsen. Die Epithelien waren zu länglichen Gebilden ausgezogen, das Protoplasma zum Teil verschwunden, und es war jenes Faser- und Netzwerk [1] vorhanden, das für beginnende Bläschen in der Epidermis charakteristisch ist.

Gleichzeitig waren zahlreiche Wanderzellen in die Epidermis an diesen Stellen eingedrungen und füllten die Maschen des Netzwerkes zum Teil aus. — Diese Veränderungen lassen mit Sicherheit auf eine akute Entzündung schliefsen und stehen mit den klinischen Beobachtungen der Schwellung, Rötung und des Schmerzes in bestem Einklang. Da die excidierte normale Haut vor der Injektion durchaus keine entzündliche Erscheinungen zeigte, so ist die Entzündung mit Sicherheit auf die Wirkung der Injektion zu schieben Viel prägnantere Veränderungen indessen, als die normale Haut, zeigt das Bindegewebe in unmittelbarer Umgebung der Tuberkel, die Epidermis, welche über die lupös erkrankten Partieen hinwegzieht und die Tuberkel selbst. Die Umgebung der Tuberkel ist von einer Unzahl von Rundzellen durchsetzt, an einigen Stellen in so grofser Menge, dafs man nicht mehr von Infiltration, sondern von Eiterung sprechen kann. Da im vorliegenden Falle die einzelnen Tuberkelknötchen wenig konfluierend waren, sondern zum Teil hübsch isoliert lagen, so zeigten mit Hämatoxylin gefärbte Präparate bei schwacher Vergröfserung ganz prägnante Bilder. Um die mit mehr oder weniger hellblau gefärbten Zellkernen versehenen Tuberkel bilden die schwarzblau gefärbten Kerne der Rundzellen einen dunklen Rahmen, der sowohl nach dem Centrum des Tuberkels hin, als auch nach der Peripherie hin all allmählich abblafst.

Analoge Veränderungen zeigt die Epidermis.[2] Zahllose Wanderzellen durchsetzen das Epithel und haben sich unter der Hornschicht oder mitten im Strat. spinos. zu Haufen angesammelt. Das Epithel ist stellenweise in ein, wie schon beschriebenes Netzwerk verwandelt, in dessen Maschen die Reste der Epithelkerne und zahlreiche Rundkerne liegen. Es handelt sich hier schon um ausgebildete kleinste Bläschen in der Epidermis, die makroskopisch als kleinste gelbliche Punkte wahrnehmbar waren. Ähnliche Einschmelzungserscheinungen, wie die Epithelien der Epidermis, zeigt auch das Gewebe der Pars papillaris der Cutis, welches sich bekanntlich nicht nur

---

[1] Dieses Faserwerk, das nichts anderes als die ausgezogenen Membranen der Epithelien ist, kann man durch Verdauung an jeder normalen Epidermis darstellen, wie ich das in einer Arbeit über Psoriasis gezeigt habe (Zur pathologischen Anatomie der Psoriasis. *Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1890. — Ref. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. XI. S 215.)

[2] Die Grenzlinie zwischen Epidermis und Cutis ist beiläufig sehr unregelmäfsig wie so häufig beim Lupus der Haut; während Retezapfen weit in das Cutisgewebe hineinragen, sind gefäfstragende Papillen tief in die Epidermis vorgedrungen.

durch den gröfseren Gefäfsreichtum, sondern auch durch die zartere bindegewebige Struktur von der eigentlichen Cutis unterscheidet. Die Bindegewebsbündel sind auseinandergedrängt und bilden ein unregelmäfsiges Netzwerk, dessen Maschen wieder von zahlreichen Rundzellen und spärlichem feinem Gerinnsel ausgefüllt werden.

Noch zwei histologische Erscheinungen aus der Umgebung der Tuberkel sind bemerkenswert, um das Bild einer akuten Entzündung zu vervollständigen.

Einmal sind viele Kapillaren oder kleinste Venen mit weifsen Blutkörperchen dicht angefüllt, während zahlreiche gleiche Zellen in der Umgebung und an der Aufsenwand derselben liegen, zum andern finden sich Spalten im Gewebe, die nach Konfiguration und Wandung wohl als Lymphkapillaren anzusprechen sind, angefüllt mit fein- und grobkörnigen Gerinnseln, die sich mit der Weigertschen Fibrinmethode blau färben, während sie nach Gram entfärbt werden. Es handelt sich wahrscheinlich um Fibrinmassen in Lymphbahnen. Dafs die Lympfgefäfse in Mitleidenschaft gezogen sind, zeigt auch deutlich das Verhalten der zugehörigen Lymphdrüsen an.

Die submaxillaren Lymphdrüsen zeigten zur Zeit der Excision schon sehr deutliche Schwellung und Schmerzhaftigkeit, während sie vor der Injektion nicht zu fühlen waren. Aus den bisher beschriebenen Veränderungen müssen wir auf eine im Leben bestandene akute Entzündung des die Tuberkel umgebenden Gewebes schliefsen. Es ist hier nur noch die Frage zu erörtern, ob diese Entzündung eine Folge der Injektion ist, oder ob sie schon vorher bestanden haben könnte. Wenn ich auch die nach der Injektion excidierte Haut nicht vor der Injektion untersuchen konnte, und wenn auch entzündliche Erscheinungen in der Umgebung der Tuberkel sehr häufig sind, so glaube ich doch sicher, dafs diese eminent akute Entzündung nur der Wirkung des Kochschen Heilmittels zuzuschreiben ist, 1. Weil die klinischen Symptome einer akuten Entzündung sich mit den histologischen Befunden vollkommen decken. 2. Weil vor der Injektion entzündliche Erscheinungen nicht vorhanden waren, und ich gerade solches Lupusgewebe zur Excision gewählt habe, desen Epidermis anscheinend normal, jedenfalls von Schuppen, Krusten und Borken frei war. 3. Weil auch in der weiteren Umgebung der Tuberkel in der Haut entzündliche Erscheinungen vorhanden; die vorher sicher nicht bestanden hatten und bestimmt auf Rechnung des Kochschen Heilmittels zu setzen sind.

Demnach ist die in der nächsten und weiteren Umgebung der Tuberkel mikroskopisch konstatierte Entzündung eine Folge der Injektion des Kochschen Heilmittels. Nachdem dieses festgestellt, komme ich nunmehr zur Besprechung der histologischen Veränderungen der Tuberkel selber. — Bei oberflächlicher Betrachtung kann es scheinen, als ob die Tuberkel keinerlei Veränderungen darböten; wenigstens lassen sich die Kerne der den Tuberkel zusammensetzenden Zellen sehr schön durch die angewendeten Kernfärbemittel tingieren. Auch am Protoplasma der Riesen- und Epitheloidzellen lassen sich keine Veränderungen, wie Verfettung, hydropische Schwellung, Vacuolenbildung, konstatieren. Durchmustert man indessen bei starker Vergröfserung einen Tuberkel genauer, so fällt zunächst die grofse Zahl von rundzelligen Elementen auf, wie man sie bei so langsam wachsenden Tuberkeln, wie sie dem Lupus angehören, nicht gewohnt ist. Einmal hierauf aufmerksam geworden, konnte ich leicht konstatieren, dafs diese Rundzellen mehrkernig, also Eiterzellen sind, und für den Tuberkel ein fremdes Element darstellen. Von der Mitte des Tuberkels nach der Peripherie nehmen diese Eiterzellen an Zahl zu, um schliefslich an der äufseren Grenze desselben den dichten Mantel darzustellen, welchen ich vorher beschrieben habe. Durch eine längere Färbung mit Hämatoxylin werden diese Wander- oder Eiterzellen tiefblauschwarz gefärbt, während die ursprünglich den Tuberkel

zusammensetzenden Zellen nur eine saturiert blaue Färbung aufweisen. Dadurch werden sie leicht kenntlich. Sie stimmen in diesem Verhalten genau mit den zahlreichen Wanderzellen, die sich in der Epidermis finden, überein, so dafs eine etwaige Verwechselung mit kleinzelligen Elementen des Tuberkels, die immer einkernig sind, ausgeschlossen erscheint. Schon aus der beschriebenen Verteilung der Eiterzellen können wir schliefsen, dafs die Wanderzellen von der Peripherie des Tuberkels aus in das Innere desselben vordringen. Da wir aber wissen, dafs die Wanderzellen, aus Blutgefäfsen auswandern, und ferner, dafs der Tuberkel selbst keine Blutgefäfse besitzt, sondern von der stark vaskularisierten Umgebung ernährt wird, so gewinnt diese Annahme Sicherheit. Was die Menge der die Tuberkel durchsetzenden Eiterzellen betrifft, so ist dieselbe bei den einzelnen untersuchten Tuberkeln verschieden Während bei dem einen nur die peripheren Abschnitte Wanderzellen aufweisen, zeigen sich andere total von Wanderzellen durchsetzt.

Bei einigen konnte ich beobachten, dafs die Wanderzellen in das Protoplasma der Riesenzellen eingedrungen waren. Ein oberflächlich unter der Epidermis gelegener Tuberkel war so von Eiterzellen durchsetzt, dafs ich trotz vereinzelter bläschenförmiger, epitheloider Zellen an gehörigen Kernen ihn als solchen nicht erkannte, bis ich in einem Schnitt eine wohl erhaltene typische Riesenzelle entdeckte. Das ist das letzte Stadium, welches ich beobachten konnte. Die Vereiterung des Tuberkels. Dafs diese Veränderungen von der schon beschriebenen Entzündung des den Tuberkel umgebenden und ernährenden gefäfsreichen Bindegewebes herrühren, dürfte ohne weiteres klar sein.

Das Kochsche Mittel wirkt nach dieser Darstellung also dadurch, dafs in der Umgebung des Tuberkels eine Entzündung ausgelöst wird, welche ihrerseits zu einer Vereiterung des Tuberkels führt. Diese Annahme widerspricht den von Koch geäufserten Ansichten über die Wirkungsweise seines Mittels.

Ich habe ein unmittelbares Absterben des Tuberkels, wie es Koch angiebt, nicht beobachtet.

Indessen fügt Koch an der betreffenden Stelle hinzu: „Wie es der Augenschein lehrt“ und später: „da es an den erforderlichen histologischen Untersuchungen fehlt“. Ich stelle mir die Wirkungsweise des Kochschen Mittels so vor, dafs an der Peripherie des Tuberkels unter Mitwirkung von Produkten desselben neue chemische Stoffe entstehen, welche das Gewebe in Entzündung versetzen. Daher um so stärkere Reaktion des Patienten auf die Injektion, je mehr tuberkulöses ernährtes Gewebe vorhanden ist, daher die rasche Angewöhnung an das Mittel, weil durch die erste Entzündung in der Peripherie des Tuberkels zahlreiche Tuberkel vereitern, oder doch wenigstens die Beziehungen der Tuberkel mit dem sie ernährenden Bindegewebsstroma durch die massenhaften Eiterzellen behindert, und damit auch die Möglichkeit einer Einwirkung des Heilmittels auf chemische Stoffe des Tuberkels vermindert erscheint. Wie dem auch sei, durch die Annahme einer Entzündung in der Peripherie des Tuberkels werden die Grenzen der Heilwirkung des Kochschen Mittels scharf gesteckt. Nur dort kann das Mittel wirken, wo gefäfsreiches Bindegewebe den Tuberkel ernährt, weil nur dort eine Entzündung möglich ist. Überall, wo dieses fehlt, ist eine Wirkung ausgeschlossen.

Aus der Henochschen Mitteilung (3) ist nur erwähnenswert, dafs er nach den Injektionen bei Kindern ein rotes, diffuses Exanthem über den ganzen Körper, wie bei Scharlach, beobachtet hat. Solche Exantheme sind schon öfters beobachtet worden, bald mehr in Roseolaform, bald als diffuses Erythem, und gerade dies beweist, dafs wir es mit einem toxischen Infektionsstoff zu thun haben. Diese Exantheme reihen

sich ganz denen an, die wir nach der Einwirkung gewisser Gifte, Arzneien oder Nahrungsmittel beobachten.

Helferich (4) beschreibt folgende Fälle von Lupus:

1. B. Wartoczek, 19 Jahre, leidet seit fünf Jahren an Lupus der Nase, Oberlippe und des Gaumens und ist noch nicht ärztlich behandelt worden. Nase und Lippe sind charakteristisch verändert, sehr verdickt, die Nasenflügel durch vorhandene Ulcerationen am Rande zerstört; auch in die Nasenlöcher hinein reichen mit Borken bedeckte Geschwüre, ebenso finden sie sich recht ausgedehnt an dem freien Rande der Oberlippe, an dem Lippenrot. Sehr hochgradig ist die ulceröse Zerstörung des Gaumens, besonders der Schleimhaut des harten, während der weiche Gaumen ältere narbige Stellen zeigt. Lungen gesund.

Das war der Zustand am 19. November, und heute, nachdem in der Zwischenzeit vier Injectionen à 0,01 vorgenommen wurden, werden Sie das Mädchen kaum wiedererkennen: Die Geschwüre sind in reine Granulationsflächen verwandelt, an deren ebenen Rändern der schönste Epithelsaum zu bemerken ist: die Lippendefekte sind schon fast geheilt, und der Gaumen zeigt ebenso einen granulierenden, in bester Heilung befindlichen Substanzverlust an Stelle des Geschwürs. Nase und Oberlippe sind fast nicht mehr verdickt, von annähernd normaler Bildung.

Die allgemeine Reaktion der Injektion von 0,01 war jedesmal heftig, entsprechend den Angaben, welche Koch selbst gemacht hat. Das Fieber verhielt sich bei genauer, Tag und Nacht fortgesetzter zweistündiger Messung nach den vier Injektionen folgendermafsen: I. Beginn 4 Stunden nach der Injektion, höchste Temperatur 40,3° zeigt sich 12 Stunden nach der Injektion; Gesamtdauer des Fiebers 50 Stunden. II. Fieber beginnt nach 4 Stunden, zeigt Maximum 40,9° nach 10 Stunden, dauert im ganzen 24 Stunden. III. Fieber nach 4 Stunden, 40,4° nach 6 Stunden, dauert 16 Stunden. IV. Fieber nach 4 Stunden, 39,4 nach 8 Stunden, dauert 14 Stunden.

Im übrigen traten nach der Injektion jedesmal ziehende Schmerzen im Körper, nach der zweiten Injektion auch ein Schüttelfrost auf. Lokal war an den kranken Teilen mit Beginn des Fiebers starke Röte und Schwellung zu bemerken; eine solche trat auch an den Wangen auf, besonders links, mit Schwellung des Augenlides und Drüsenschwellung am Halse. Starke Borkenbildung an den Geschwüren, auch am Gaumen und an den übrigen lupösen Stellen. Nach Abstofsung der Borken wurden die wunden Stellen mit Borsalbe bedeckt.

2. Bernhard Skibbe, 22 Jahre, leidet seit 6 Jahren an Lupus der Nase und Oberlippe und ist schon zweimal in monatelanger Behandlung bei uns gewesen und „geheilt" entlassen worden. Jetzt ist er wieder mit einem schweren Recidiv zugegangen mit lupöser Schwellung der Nase, deren Flügel und Septum zum Teil zerstört und mit massigen, schwammigen Granulationen bedeckt sind. Die Oberlippe, ganz enorm verdickt, zeigt auf ihrer Oberfläche ein grofses Geschwür. Im übrigen nichts Abnormes.

Am 20. November begannen die Injektionen, welche bis jetzt viermal zu 0,01 ausgeführt wurden.

Heute sind die kranken Teile weniger verdickt, die Geschwüre sind gereinigt, und am Rande der granulierenden Flächen ist normale Überhäutung zu bemerken.

Die Reaktion nach den Einspritzungen war lokal sehr heftig, im allgemeinen mäfsig. Die Temperatur stieg I. auf 39,0, II. auf 38,6, III. auf 39,7, IV. auf 39,0. Bei der Betrachtung der aufgezeichneten Temperaturkurve ergiebt sich eine Abnahme der Fieberdauer mit jeder Injektion (nämlich 51, 29, 25, 11 Stunden), während die Fieberhöhe nach der dritten Injektion am gröfsten war. Bei der lokalen Reaktion fiel es auf, dafs die Wangen neben der Nase sehr starke Schwellung und Röte zeigten,

und auf der einen Seite eine lebhafte Röte bis in die Submaxillargegend — offenbar eine Reaktion der schon tuberkulös infizierten Hautpartie und der Lymphbahnen, wie sie in einem der von v. Bergmann vorgestellten Fälle auch sehr schön zu sehen war.

3. Bei der 33jährigen Caroline Hausmann, welche seit mehr als 20 Jahren an Lupus des Gesichtes leidet, ist die ganze Gesichtsfläche und Unterkinngegend krank. Die Nase ist auf eine flache Prominenz reduziert, in welcher die Nasenlöcher nur durch permanent liegende Drainröhren erhalten werden können; der Mund ist eine starre, fast unbewegliche Öffnung, welche vor drei Jahren von uns durch operative Vergrößerung der narbig verkleinerten Öffnung hergestellt wurde. Stirn, Wangen, Unterkiefergegend, alles zeigt eine konfluierende lupöse Fläche, die stellenweise ulceriert ist. Der übrige Körper des unglücklichen Mädchens ist kräftig und wohlgebildet und zeigt nur in der linken Schulterblattgegend, in der rechten Achselhöhle und am rechten Vorderarme lupöse Stellen.

Dieser Status lag vor, als am 20. November die erste Injektion vorgenommen wurde. Das Mädchen erhielt nur 0,005, und doch war die Reaktion in jeder Hinsicht bei weitem die stärkste unter allen Patienten. Das Fieber begann nach der ersten Injektion nach 6 Stunden, erreichte 14 Stunden nach der Injektion die höchste Temperatur von 40,2, hielt sich etwa 24 Stunden ungefähr auf dieser Höhe, um sodann in Form einer Lyse zur Norm abzufallen. Die Fieberperiode hatte eine Gesamtdauer von 80 Stunden. Die Pulsfrequenz stieg bis auf 140, und die Respiration auf 44. Die lupösen Stellen zeigten unter Zunahme der Rötung eine starke Schwellung, so daß sie das Niveau der umgebenden Haut bedeutend überragten. Die letztere zeigte zunächst an den lupösen Stellen, dieselben umgebend, eine 1—1½ cm breite weiße Zone, und erst an diese schloss sich die entzündlich gerötete Umgebung. Am deutlichsten zeigten sich diese Veränderungen an der kranken Stelle der linken Schulterblattgegend, und in deren weiterer Umgebung, etwa handbreit entfernt, abwärts am Rücken und in der Mitte desselben zeigten sich zwei neue, vorher nicht bemerkte, etwa erbsengroße lupöse Stellen von gleicher Beschaffenheit wie die übrigen: mit weißem Hof innerhalb der gerötеten Haut, hervorragend und lebhaft injiziert, bei Berührung schmerzhaft. Diese beiden kleinen Stellen sind offenbar Lupusknötchen, bis jetzt latent und nun durch die Injektion des wunderbaren Mittels manifest geworden. Die kranken Stellen im Gesicht durch Antrocknung des reichlichen Sekretes mit dicken Borken bedeckt, die Augenlieder stark geschwollen die Halslymphdrüsen schmerzlos vergrößert; die Haut am Rumpf und Hals von einem scharlachähnlichen Exanthem bedeckt; dazu Kopfschmerz, Übelkeit, Unruhe, Brustbeklemmung, Appetitlosigkeit. Das waren die Wirkungen der Injektion, welche erst am 24. November mit dem Aufhören des Fiebers verschwanden.

In den folgenden fieberlosen Tagen bildeten sich die lokalen Veränderungen langsam wieder zurück, doch rief die zweite Injektion (wieder 0,005) am 28. November dieselben lokalen und allgemeinen Erscheinungen hervor. Das Fieber begann schon 2 Stunden nach der Injektion, erreichte 6 Stunden nach derselben ihr Maximum (40,7°), hatte eine Gesamtdauer von 60 Stunden.

Am 2. Dezember erfolgte die dritte Injektion von 0,005. Das Ansteigen der Temperatur begann nach 2 Stunden, sie erreichte ihr Maximum von 41,3° wieder 6 Stunden nach der Einspritznng, doch betrug die gesamte Dauer der Fieberperiode nur 29 Stunden. Die lokale Reaktion der kranken Stellen war diesmal entschieden schwächer; im ganzen war aber die Patientin wieder recht krank.

Wenn wir nun heute das Bild der kranken Stellen vergleichen mit jenen beim Beginn der Injektionen, so fällt ein ein großer Unterschied in die Augen, besonders am Rücken. Hier ist die kranke Stelle der linken Schulterblattgegend wie

vertrocknet: sie liegt unter dem Niveau der Haut, ist rotbraun gefärbt, mit einem auf die nähere Umgebung übergreifenden abschilfernden Häutchen bedeckt (wie ein dünner am Rande sich lösender Kollodiumüberzug), und ist auch kleiner. Während diese Stelle zuvor 4 bis $2^1/_4$ cm Durchmesser hatte, mifst sie jetzt $3^1/_2$—$2^1/_8$ cm. Die zwei kleinen neu aufgetretenen Lupusstellen am Rücken fallen nicht mehr auf und verhalten sich wie die eben geschilderte. Ebenso verhalten sich die übrigen kranken Stellen, auch das Gesicht, wenn auch hier noch keine so wesentlichen Verbesserungen in die Augen fallen.

4. Die 18jährige Rosalie Wloschinska war uns deshalb von Interesse, weil sie vorher schon in unserer Behandlung, mit den üblichen Mitteln behandelt und geheilt war, so dafs sie entlassen werden sollte, als wir durch die Güte unseres Kollegen Löffler in den Besitz des Kochschen Mittels kamen. Nun konnte die Wirkung des Mittels an diesem durch rein chirurgisches Vorgehen frisch „geheilten" Fall erprobt werden. Es erfolgte eine so starke allgemeine und lokale Reaktion, dafs das Vorhandensein reichlicher tuberkulöser Gewebe an der frisch vernarbten Nasenspitze erwiesen war — eine Demonstration des relativ geringen Wertes unserer bisherigen Heilverfahren, trotz rigorosester Anwendung des scharfen Löffels und des Papuelin auch in der Form der punktförmigen Ustion.

Das Mädchen erhielt jedesmal 0,01. Die bisher ausgeführten 4 Einspritzungen ergaben folgende Fieberverhältnisse: I. Beginn 8 Stunden, Maximum (39,7°) 12 Stunden nach der Injektion. Fieberdauer 38 Stunden. II. Beginn 4 Stunden. Maximum (39,9°) 8 Stunden nach der Injektion. Fieberdauer 30 Stunden. III. Beginn 2 Stunden, Maximum (40,6°) 8 Stunden nach der Injektion. Fieberdauer 19 Stunden. IV. Beginn 2 Stunden, Maximum (40,2°) 10 Stunden nach der Injektion. Fieberdauer 16 Stunden.

Im übrigen waren die Beschwerden dieser Kranken jedesmal sehr bedeutende. Starkes Oppressionsgefühl und Hustenreiz, Kopf- und Rückenschmerzen waren äufserst belästigend. Lokal zeigte sich starke Schwellung und Röte der Nase, auch der Oberlippe und Wangen, also an Gebieten, welche bisher nicht krank schienen.

Jetzt sind 3 Tage seit dem Schlufs der letzten Fieberperiode verflossen, und die Nase erscheint etwas geschrumpft. Müssen wir dies auch zum Teil jedenfalls der Narbenschrumpfung, welche durch unsere Operation, besonders die punktförmige Ustion eingeleitet wurde, zuschreiben, so möchte ich doch auch eine heilende Wirkung der Injektion jedenfalls annehmen.

Die bisherige Beobachtung dieser vier Lupusfälle setzt uns heute schon in den Stand, denjenigen zuzustimmen, welche die Injektion des Kochschen Heilmittels als eine überaus wichtige Bereicherung unserer Kunst ansehen. Wir konnten uns selbst davon überzeugen, dafs 1) die Injektion die sichtbaren Lupusstellen in einen entzündungsähnlichen Zustand versetzt, auf gesunde und andere pathologische, nicht tuberkulöse Gewebe aber nicht wirkt; 2) dafs in scheinbar gesunden Lupusnarben Reste von tuberkulösem Gewebe manifest werden, und dafs 3) frische, makroskopisch noch nicht erkennbare, gewissermafsen latente Lupusknötchen durch die Injektion deutlich werden. Neben diesen, die diagnostische Bedeutung des Mittels ohne Frage anerkennenden Sätzen, können wir auch die Behauptung aufstellen, dafs das Mittel einen direkt heilenden Einfluſs äufsert. Dafs Lupusgeschwüre sich ohne eingreifende Lokalbehandlung so bessern, in reine Granulationsflächen verwandelt werden und zur Überhäutung gelangen, dafs Lupusstellen unter Abschilferung zur narbigen Schrumpfung kommen und ihren specifischen Charakter verlieren, das sind Beobachtungen, wie sie früher unerhört waren. Ich halte es für ganz unrichtig, diese Thatsachen schon zum Gegenstand theoretischer Spekulation zu machen, und meine, wir müssen zunächst die wunderbaren, ich möchte sagen zauberhaften Veränderungen einfach konstatieren

und gut beobachten; doch halte ich es für erlaubt, darauf hinzuweisen, daſs wir in der Wirkung des Quecksilbers und Jodkaliums auf luetische Gewebe etwas Ähnliches haben: auch hier eine zur Heilung führende Veränderung in den specifisch veränderten Geweben, eine Wirkung, welcher unter Umständen auch eine diagnostische Bedeutung (ex juvantibus) nicht abzusprechen ist. Die Frage nach den definitiven Erfolgen dieser Injektionsmethode ist noch lange nicht spruchreif.

Arning (5) hat Lepra und Lupus erythematodes mit der Kochschen Injektionsflüssigkeit behandelt und sagt hierüber Folgendes:

A. Lepra.

Bekanntlich finden sich im vorgerückten Stadium der Lepra sehr häufig phthisisch-ulceröse Zustände der Lunge und des Darmes, sowie eine Durchsetzung der Viscera und deren seröser Häute mit miliaren Knötchen. Früher — und einige hochbedeutende Lepraforscher hängen noch heute an dieser Ansicht — nahm man allgemein an, daſs diese häufigen klinischen und pathologisch-anatomischen Befunde tuberkulöser Natur seien. In der neueren Zeit sind wir jedoch geneigt, sie für leproöse Veränderungen anzusprechen. Immerhin erschwert die groſse Ähnlichkeit der Tuberkelbacillen und Leprabacillen nach Gestalt und Tinktionsverhältnissen, nach der Lage im nekrotisierenden Granulationsgewebe und in Riesenzellen, wie sie bei dieser visceralen Lepra vorkommen, die strikte Entscheidung dieser Frage. Nur eine Differenz im frischen makroskopischen Aussehen und die Thatsache, daſs es nicht gelingen will, durch Übertragung solcher miliarer Knötchen bei Kaninchen Tuberkulose zu erzeugen, sprechen für die leproöse Natur derselben. — Indessen soll die Möglichkeit des Vorkommens einer Komplikation von Lepra mit Tuberkulose nicht geleugnet werden.

Das Kochsche Mittel scheint nun berufen, diese Frage zu entscheiden, wenn zunächst als Basis weiterer Versuche festgestellt werden kann, daſs Lepra pro se nicht auf dasselbe reagiert. — Haben wir dann z. B. einen Fall von Lepra, der die Erscheinungen einer Lungenphthise bietet, so werden wir durch Anwendung der Kochschen Injektion entscheiden können, ob es sich um eine Phthisis leprosa oder tuberculosa handelt. In dem ersten Fall sollten wir ein Ausbleiben der Reaktion erwarten, im anderen eine ausgesprochene Wirkung.

Es muſsten also zunächst zu diesen Versuchen solche Fälle von Lepra ausgewählt werden, welche frei von irgend welchem tuberkulösen Verdacht sind. Mir standen zwei solche Fälle zu Gebote, beides dem äuſsern Anschein nach gesunde, kräftige Männer, die aber beide in der allermarkantesten Weise an Lepra, und zwar der makulösen Form der Lepra anaesthetica erkrankt sind, ja beide geradezu Schulfälle dieser Form darstellen. Eine Zunahme des Muskelschwundes im Ulnarisgebiet bei beiden Fällen und eine leicht fühlbare empfindliche Schwellung der Nervi ulnares läſst weiterhin erkennen, daſs die Krankheit in beiden Fällen, trotz der seit langer Zeit aufrecht erhaltenen Behandlung, nicht erloschen ist. Die Kranken nehmen regelmäſsig groſse Dosen Natrium salicylicum ein, der eine seit $1^1/_2$ Jahren pro die 6 g, der andere seit $1^1/_4$ Jahren mit geringen Unterbrechungen 5 g. Ich erwähne dieses eigens, weil es ja nicht absolut ausgeschlossen ist, daſs die Salicylmedikation einen Einfluſs auf das Kochsche Mittel haben konnte. Jedoch wurde zwei 2 Tage vor Beginn der Injektionen die Salicyltherapie ausgesetzt. Bei dem einen Patienten habe ich an 4 aufeinanderfolgenden Tagen je 0,002, 0,004, 0,008 und 0,01, bei dem andern 0,002 und 0,006 der Kochschen Injektionsflüssigkeit eingespritzt, ohne daſs auch nur die geringste Störung des Allgemeinbefindens, geschweige denn eine fieberhafte Temperatursteigerung eingetreten wäre. Auch der Puls und die Atmung wurden nicht merklich beeinfluſst. Keinerlei Erytheme der äuſseren Haut oder Schleim-

häute, keinerlei Übelkeit, keinerlei Einfluſs auf die Quantität oder Qualität der Nierensekretion lieſsen sich nachweisen. Die Einspritzungen habe ich teils unter die gesunde Haut, teils in die Mitte, teils an den äuſsern Rand der anästhetischen Flecke gemacht. Die absolute Reaktionslosigkeit in lokaler und allgemeiner Beziehung war die gleiche.

Ein Fall von Lepra tuberosa steht mir leider augenblicklich nicht zu Gebote doch habe ich durch das freundliche Entgegenkommen des Herrn Dr. Engel-Reimers im hiesigen Allgemeinen Krankenhause einen Fall von gleichfalls mit Kochscher Injektion (0,005) behandelter, weit vorgeschrittener tuberöser Lepra gesehen, als er auf der Höhe der prompt eingetretenen Reaktion stand. Ich habe aber nicht den Eindruck davon getragen, daſs das eigentliche lepröse Gewebe der Cutis oder Schleimhaut irgendwie ähnlich reagierte, wie wir es an dem tuberkulösen Gewebe sehen. Die Reaktion war nur allgemein, nicht lokal. — Es mag sich also in diesem Falle um eine Komplikation mit Tuberkulose innerer Organe handeln. Auf der andern Seite darf man nicht auſser Augen verlieren, daſs Lepröse, besonders vorgerückt tuberös Lepröse, auf die leichtesten Störungen mit hohem Fieber reagieren. Erkältungen oder Durchnässungen, Verdauungsstörungen anscheinend geringen Grades und Einverleibung von Medikamenten rufen nur zu häufig bei diesen Kranken heftiges, mit Frostschauern eintretendes Fieber hervor.

B. Lupus erythematodes.

Indem ich Versuche mit der Kochschen Lymphe auch bei Kranken mit Lupus erythematodes vornahm, ging ich von der Erwägung aus, daſs diese Erkrankung noch von einigen französichen Autoren und vor allem von Cäsar Boeck in Christiania in einen gewissen Zusammenhang mit Tuberkulose gebracht wird. Besonders der letztere besteht darauf (ich verdanke dies seiner eigenen mündlichen Mitteilung), daſs der Lupus erythematodes der Ausdruck einer toxischen Wirkung einer vielleicht larvierten und wenig ausgebreiteten Tuberkulose sei, selbstverständlich aber nicht eine lokale Tuberkulose der Haut darstellt.

Ich will vorweg nehmen, daſs beide Patienten schon gegen sehr kleine Dosen des Kochschen Mittels, 0,002 g, deutlich reagierten, die eine mit Schüttelfrost und hohem. über zwei volle Tage sich erstreckendem Fieber und Albuminurie, die andere durch ein auſserordentlich lebhaftes, bei jeder Einspritzung sich wiederholendes Erythem, Kopfweh und Larynxreizung und allgemeine Abgeschlagenheit, ohne irgend welche nennenswerte Temperatursteigerung. Bei beiden Fällen blieb indessen eine deutliche lokale Reaktion, an den von Lupus erythematodes befallenen Partieen, aus.

1. An Einzelheiten ist betreffs dieser beiden Fälle zu erwähnen, daſs die erste Patientin, eine etwa 27 Jahr alte unverheiratete Dame, als Kind im 5. Jahre an Ekzemen und spontan vereiterten Halslymphdrüsen litt, dann trat vor nunmehr 4 Jahren an dem linken Augennasenwinkel die erste Lupus erythematodes-Stelle auf. Es folgte im Oktober 1887 im Verlaufe mehrerer Wochen ein Schub von 20—25 Flecken auf der Kopf- und Gesichtshaut, sowie auf der oberen Brust- und Schultergegend, die sich bald zu typischen Scheiben ausbildeten und trotz fortdauernder energischer Behandlung mit den allerverschiedenartigsten Methoden noch nicht geheilt sind. Vor allen bedeckt sich der gröſste Teil der Flecke in der behaarten Kopfhaut noch immer wieder mit den charakteristischen, tief verzapften Krusten, während es gelungen ist, die Stellen im Gesichte teils mit, teils ohne Narben zur Heilung zu bringen.

Nach dem akuten Schube Ende des Jahres 1887 schwollen die Halsdrüsen recht bedeutend an, ohne indefs zu vereitern, sie sind noch immer an beiden Seiten des Halses fühlbar, kamen aber unter dem Einflusse des Mittels nicht zu erneuter Schwellung oder Schmerzhaftigkeit. Auch die Drüsennarben am Hals reagierten nicht, dagegen schwoll eine vorher nicht bemerkte Supraklavikulardrüse recht akut zur Haselnufsgröfse an und war drei Tage lang intensiv schmerzhaft, so dafs man eventuell annehmen kann, dafs in dieser Drüse die tuberkulösen Keime noch sich fanden, welche die scharfe Reaktion bedingten.

Der Lungen- und Herzbefund war bei früheren wiederholten Versuchen stets als normal festgestellt worden, auch der vor der Injektion aufgenommene Status giebt denselben als normal an. Eiweifs war vor der Injektion im Urin nie vorhanden.

Die Reaktion trat in folgender Weise ein. Am 30. November, 11 Uhr morgens, wurden bei 36,9 Temperatur und 76 Puls 0,002 des Kochschen Mittels unter die Rückenhaut injiziert. Die Temperatur blieb den ganzen Nachmittag im Bereich des Normalen.

Um 3 Uhr begannen von der Injektionsstelle ausgehende, bohrende Schmerzen über den ganzen Rücken und bis in die Beine ausstrahlend; dieselben bestanden den ganzen Abend und waren so heftig, dafs kein Schlaf eintrat. Nachts $2^1/_2$ Uhr, also volle $15^1/_2$ Stunden nach der Injektion, trat ein Schüttelfrost ein, die Temperatur stieg auf 39,4 der Puls auf 121, dabei wurden zuckende und ziehende Schmerzen empfunden, die vom Rücken aus in das linke Bein und die rechte Supraklavikulargegend sich erstreckten, wo die oben erwähnte Drüse zu schwellen begann. Bis zum nächsten Morgen um 8 Uhr war die Temperatur ganz allmählich auf 38,5 hinunter gegangen und hielt sich wesentlich auf dieser Höhe bis zum Nachmittag um 4 Uhr, wo sie wiederum bis 39,4 hinaufging, um 11 Uhr abends des zweiten Tages die höchste, überhaupt beobachtete Temperatur von 39,6 zu erreichen. Der Puls blieb stets frequent, hielt sich an diesem Tage zwischen 115 und 133. Kurze, trockene Hustenstöfse wurden mehrfach beobachtet. Kein Auswurf; über den Lungen nichts auskultatorisch wahrnehmbar. Die gesamte Menge Urin am 1. Dezember betrug 599 g, von 1025 specifischem Gewicht. Abends traten Spuren von Albumen auf.

Auch den ganzen dritten Tag, 2. Dezember, war die Temperatur noch leicht fieberhaft, bis 38,2. Der Puls blieb hoch und wechselnd zwischen 94 und 120. Auch war die Injektionsstelle noch immer empfindlich, und es bestand die Schmerzhaftigkeit der Supraklavikulardrüse rechts. Der noch spärlich gelassene Urin, Tagesquantum 670 g, von 1027 specifischem Gewicht, enthielt sehr viel Urate und Spuren von Albumen.

Am Nachmittag des 3. Dezember, des dritten Tages nach der Injektion, trat erst subjektives Wohlbefinden wieder ein, die Schmerzen schwanden, nur blieb die Injektionstelle ohne jegliche Schwellung oder Röte empfindlich. Nachts trat, den sonst sehr regelmäfsigen vierwöchentlichen Typus um 8 Tage anteponierend die Periode ein.

Am Morgen des 4. Tages ist Patientin fieberfrei, fühlt sich noch etwas ermattet, aber sonst wohl, ifst mit Appetit, die Drüse am Halse ist nicht mehr empfindlich. Am Tage darauf ist auch das Eiweifs aus dem Urin geschwunden, statt dessen sind reichlich Phosphate darin aufgetreten.

2. Die zweite Patientin, ein junges Mädchen von 21 Jahren, die als Kind stets kränklich war und seit ihrer Kindheit einen beständig sich vergröfsernden Lupus erythematodes-Plaque der Stirn trägt, war durch lange fortgesetzte Behandlung mit Paquelinverschorfungen, Skarifizierungen, Schälpasten, Pyrogallol und Perubalsam wesentlich gebessert, wenn auch durchaus nicht geheilt. Drüsenschwellung existierte

in diesem Falle nicht, auch bot der Lungenbefund nichts Verdächtiges. Dagegen bestand bei leicht reizbarem Temperament eine sehr ausgesprochene vasomotorische Erregbarkeit der Haut.

Am 30. November um 10½ Uhr morgens wurden 0,002 des Kochschen Mittels unter die Rückenhaut injiziert. Sehr geringe Schmerzhaftigkeit der Injektionsstelle. Patientin ißt noch mit Appetit zu Mittag. Um 2 Uhr beginnen Klagen über Schmerzen in der rechten Hals- und Rückenseite (die Injektion war links) und im rechten Ellenbogen. Um 5 Uhr zeigt das Thermometer 37,7; der Puls ist 84; die Haut über der Streckseite des rechten Ellenbogens ist intensiv erythemtös gerötet und empfindlich, wie Patientin angibt, „als ob sie sich an einer Nadel gerissen hätte“.[1] Etwas später trat ein bellender trockener Husten ein, Rachen nicht auffallend gerötet, über den Lungen nichts zu hören. Dann kam es unter stechenden Empfindungen in der Haut zu einem sehr markierten skarlatinösen Erythem, das diffus die untere Brust- und obere Bauchgegend überzog, dabei an der rechten Seite stärker ausgeprägt war als an der linken. In dieser diffusen Scharlachröte hoben sich einzelne ganz dunkel kirschrote, circa zehnpfennigstückgroße, unregelmäßig begrenzte Flecke ab. Solche Flecke zeigten sich auf den Seitenpartieen des Rumpfes. Das ganze Gesicht, einschließlich der handgroßen Stelle der Stirn, war hoch gerötet, so daß die eigentlich kranke Stelle beinahe weniger auffallend war als sonst. Abends 9½ Uhr bei normaler Temperatur war das Erythem am Rumpf geschwunden, dagegen bestand noch das Erythem des rechten Ellenbogens, und jetzt zeigte sich auch die Haut der Streckseite des linken Ellenbogens stark gerötet und empfindlich. Allgemeinbefinden im ganzen gut, doch große Unruhe. Urin bietet nichts Annormales.

1. Dezember. Bei 37,3 Temperatur wird um 10½ Uhr morgens 0,004 injiziert. Im Laufe des Tages tritt wiederum das Erythem der Ellenbogenstreckseiten und der Vorderseite des Rumpfes auf, und wiederum auf der rechten Seite stärker als links. Es ist nicht so diffus wie am ersten Tage, sondern mehr unregelmäßig großfleckig, auch die Backen zeigen eine mehr fleckige Röte. Die affizierte Stelle der Stirn ist vielleicht in den mittleren Partieen etwas geschwollen, doch ist jedenfalls die Änderung außerordentlich gering. Der trockene Husten ist auch wieder aufgetreten. Rachengebilde nicht auffallend gerötet. Zunge belegt. Die höchste erreichte Temperatur ist abends 8—11 Uhr 37,7 bei 80 Pulsen. Nachts sinkt die Temperatur bis auf 36,4 hinab, auch in den Mittags- und Nachmittagsstunden des folgenden Tages ist die Temperatur subnormal von 36,5—37,1 wechselnd. Dabei klagt Patientin über Kältegefühl und Schwindel. Der nur sehr spärliche Urin (in 24 Stunden 322 g von 1034 specifischen Gewicht) enthält viel Urate, kein Eiweiß.

3. Dezember. Morgens gutes Befinden, die Stelle an der Stirn glatt, ohne viel Schuppen und Krusten und blaß, der allgemeinen Blässe entsprechend. Es wird um 10½ Uhr bei 37,3 Temperatur 0,006 des Kochschen Mittels injiziert. Im Laufe des Tages tritt das Erythem wieder auf, jedoch geringer als sonst. Die höchste erreichte Temperatur des um 4 Uhr beginnenden leichten Fiebers ist 37,8. Der trockene Husten tritt wieder ein. Herr Dr. Thost war so liebenswürdig, eine Larynxuntersuchung zu machen, fand die Stimmbänder weiß und gut beweglich, dagegen den Kehlkopfseingang gerötet, eine chronische Schwellung der Seitenstränge im Pharynx und eine leichte chronische diffuse Pharyngitis.

---

[1] Genau das gleiche Symptom, eine empfindliche Rötung und leichte Schwellung der Haut über dem Ellenbogengelenke, habe ich seither als erstes Zeichen der beginnenden Reaktion bei einer Lupus-vulgaris-Patientin beobachtet.

4. Dezember. Nach einer unruhigen Nacht war Patientin heute fieberfrei und konnte entlassen werden. Urin frei von Eiweifs.

Es liegt mir fern, aus diesen wenigen Versuchen bei Lepra und Lupus erythematodes generelle Schlüsse ziehen zu wollen, sie sollen nichts als einen Bericht abgeben und einige auffallende Erscheinungen der Reaktion hervorheben, eventuell auch zu den jedenfalls nötigen Nachuntersuchungen an gröfserem Materiale Veranlassung geben.

Schede (6) hat 4 Lupusfälle mit Injektionen behandelt.

Am eklatantesten ist die Reaktion bei einem jungen Mädchen mit ausgedehntem, schon 23 Jahre bestehenden Lupus faciei, welchem erst heute morgen 0,01 Lymphe injiziert wurde.

Die Kranke erhielt morgens $10^1/_2$ Uhr eine Injektion von 0,01. Um $3^1/_2$ Uhr machte sich zuerst eine Anschwellung der linken Wange zugleich mit dem Gefühl von Spannung bemerkbar. Um $4^1/_2$ Uhr bereits intensive Rötung und Schwellung der erkrankten Partieen, häufiger Husten. Kurze Zeit darauf Schüttelfrost, Temperatursteigerung, Erbrechen und schwere Störung des Allgemeinbefindens, die noch jetzt, bei einer Temperatur von 39,2 anhält.

Während bei dieser Kranken ungemein intensive entzündliche Rötung, seröse Durchtränkung und Schwellung der erkrankten Teile und deren Umgebung sichtbar ist, zeigen sich bei dem zweitem vorgestellten Falle bereis weiter vorgeschrittene Reaktionserscheinungen.

Es handelt sich hier um einen 8jährigen Knaben, der neben multiplen tuberkulösen Knochenerkrankungen seit Jahren an Lupus der linken Gesichtsseite, des Mons Veneris und einiger anderer Körperstellen leidet. Die Erkrankung war bisher trotz häufiger energischer lokaler Behandlung in stetem Fortschreiten begriffen. Patient erhielt nun am 30. November morgens 10 Uhr eine Injektion von 0,01 Kochscher Lymphe. Von 2—$2^1/_2$ Uhr heftiger Schüttelfrost, dann rascher Anstieg der vorher normalen Temperatur bis 41,3. Um 4 Uhr begannen alle lupösen Stellen anzuschwellen, um $6^1/_2$ Uhr entwickelte sich ein Erythem des Thorax, und gleichzeitig beginnt auf dem mittlerweile noch stärker geschwollenen Larynxgebiet der Austritt eines serösen Exsudats in anfangs feinen, dann bald gröfseren und konfluierenden Tropfen, welche zu dicken Borken eintrocknen. Während des ganzen Prozesses ist das Allgemeinbefinden des Knabens nicht wesentlich gestört. Am nächsten Tage sinkt das Fieber bis auf 38, der Knabe schläft viel, die kranken Stellen schwellen allmählich ab und sind jetzt mit dicken gelben Krusten bedeckt.

Ein ähnliches Bild zeigt jetzt der 20jährige dritte Patient, welcher seit sechs Jahren an einem hartnäckigen, fast über das ganze Gesicht ausgebreiteten Lupus leidet.

Der Kranke erhielt am 27. November morgens 7 Uhr eine Injektion von 0,01. Gegen Mittag Temperatursteigerung bis 39,8. Nachdem die Temperatur bereits ihren höchsten Grad erreicht hatte, entstand gegen 3 Uhr ein erysipelatös aussehender Rand von etwa 1 cm Breite um die ganze lupöse Partie, die stark anschwoll. Nachts begann eine mäfsige Exsudation. Starkes Erythem am Rumpfe. Am nächsten Tage subjektives Wohlbefinden, nur noch leichte Somnolenz. Der Kranke hat heute eine neue stärkere Injektion erhalten, welche aber nur sehr viel schwächere Allgemeinerscheinungen und nur die sehr viel weniger ausgeprägten, noch jetzt sichtbaren frischen Lokalveränderungen zur Folge gehabt hat.

Besonders interessant waren die Erscheinungen bei der vierten Patientin, einem 11jährigen Mädchen, mit Lupus beider Wangen, der Nase und Oberlippe.

Das Kind erhielt am 21. November die erste Injektion und zwar (durch ein Versehen bei der Mischung) nur $^1/_{10}$ mg, also eine minimale Dose. Trotzdem trat eine

heftige Reaktion ein. Temperatursteigerung bis 40,4, die lupösen Partieen röteten sich stark, schwollen an, wurden blutreicher und succulenter, einzelne versprengte, vorher verborgen gebliebene Lupusknötchen traten sehr deutlich hervor. Das Allgemeinbefinden blieb gut.

22. November. Temperatur normal, Schwellung verschwunden. Injektion $^1/_2$ mg, schwache allgemeine und lokale Reaktion.

23. November mittags 12 Uhr Injektion von 0,01. $5^1/_2$ Uhr heftiger, $^3/_4$ Stunden dauernder Schüttelfrost, Patient sehr elend, Übelkeit. $5^3/_4$ Uhr Beginn einer serösen Exsudation auf die lupösen Stellen.

24. November. Injektion von 0,01 des Kochschen Mittels. — Nur vorübergehende Temperatursteigerung bis 38,7.

25. November. 9 Uhr morgens 0,015. Abends Temperatursteigerung bis 39,7, Frösteln, Trockenheit im Munde, Husten. Anschwellung der ganzen Wange und Lippe, auf letzterer Krustenbildung.

26. November. Reaktion vollständig vorüber.

27. November. Injektion von 0,02. Fieber bis 38,7. Geringe Schwellung der Wange und Lippe.

28. November. Euphorie. Krusten zum Teil abgestofsen. Trotz der geringen Reaktion ist jetzt das ganze Geschwür bereits beträchtlich verkleinert, von Belag gereinigt, an vielen Stellen, besonders an den Ausläufern und der Peripherie ist bereits Überhäutung mit normalen Schleimhautepithel zustande gekommen.

Herr Mars-Hamburg (7) berichtet über 5 Fälle von Lupus, die auf der Abteilung für Hautkranke (Oberarzt Dr. Engel-Reimers) im Alten Allgemeinen Krankenhause mit dem Kochschen Mittel seit dem 22. November behandelt sind.

1. Seit 15 Jahren kranker Jüngling mit Lupus der linken Gesichtshälfte vom Auge an abwärts bis über den Unterkieferrand; eine etwa 25 cm im Quadrat messende Lupusnarbe an der Hinterseite des rechten Oberschenkels mit einzelnen punktförmigen Lupusknötchen und 1—2 cm breitem, 1—2 mm das Hautniveau überragendem lupösen Rande; eine handtellergrofse Lupusnarbe mit einzelnen Lupusknötchen durchsetzt in der linken Leistenbeuge und an der rechten Bauchseite: fast handtellergrofse lupös erkrankte Fläche in der rechten Lumbalgegend. Injektion von 0,01 des Mittels am 22. November.

2. Ein 35jähriges Mädchen mit schmetterlingsartig ausgebreiteter Lupusnarbe im Gesicht, an vielen Stellen mit kleinen Lupusknötchen durchsetzt und umrandet von einem Saum dicht stehender Lupusknoten; Defekt der knorpeligen Nase; lupöses Geschwür der Oberlippe auf die Mundschleimhaut übergehend; Lupus am harten Gaumen. Injektion von 0,01 am 24. November.

3. Ein 20jähriges Mädchen mit glatter, schöner, schmetterlingsförmiger Lupusnarbe im Gesicht, in der nur vereinzelt (etwa 1 Dutzend) Lupusknötchen an der Nasenspitze und Wange sichtbar sind. Injektion von 0,01 den 27. November.

4. Eine seit 11 Jahren leidende Frau mit Zerstörung der knorpeligen Nase, schmetterlingsförmiger Ausbreitung des Lupus im Gesicht; aufserordentlich dicht stehende und zahlreiche Lupusknoten, wenig Narbengewebe. Injektion von 0,01 am 30. November. Diese Kranke noch fiebernd und in Reaktion befindlich.

5. Eine seit 50 Jahren an Lupus kranke Frau, bei der das ganze Gesicht eine Narbe ist, durchsetzt mit Lupusknoten an vielen Stellen. Injektion von 0,01 vor 10 Stunden; jetzt im Beginn der lokalen und allgemeinen Reaktion befindlich.

Die von Koch beobachteten und beschriebenen Erscheinungen traten in allen Fällen ein. Mars betont, dafs bei allen Kranken die lokale Reaktion, welche sich unter dem klinischen Bilde einer akuten Entzündung zeigte, $^1/_4$—1 Stunde früher

deutlich sichtbar eintrat, als der Schüttelfrost und der Temperaturanstieg einsetzte. Er glaubt daher das Fieber als ein Resorptionsfieber ansehen zu müssen. Die Temperaturkurve zeigte steilen Anstieg und einen über zwei, in den schlimmsten Fällen über vier Tage sich hinziehenden staffelförmigen lytischen Abfall. Die Höhe der Fiebertemperatur und die Dauer des Fieberstadiums stand bei gleicher Dosierung des Mittels im gleichen Verhältnis zur Ausdehnung der Erkrankung. Bei allen Kranken zeigten sich ziehende Schmerzen in den Gliedern, Übelkeit, bei einigen Erbrechen, bei 4 Kranken ein zum Teil recht intensives scharlachartiges Erythem am Rumpf; Eiweifs fand sich während des Fieberstadiums niemals; eine Milzanschwellung wurde nicht nachgewiesen. Bei dem zuerst behandelten 4 Tage fiebernden und die heftigste lokale wie allgemeine Reaktion zeigenden Kranken trat während dieser 4 Tage ein Gewichtsverlust von $1^1/_2$ Kilo ein. Bei ihm sind die durch das Mittel zerstörten lupösen Partieen bereits wieder glatt vernarbt.

Herr Mafs berichtet ferner über Kontrollversuche:

1. Eine an akuter fieberhafter exsudativer Pleuritis erkrankte Frau, der Phthisis verdächtig, reagierte auf Injektion von 0,01 garnicht.

2. Eine im floriden Stadium sekundärer Syphilis befindliche und noch nicht behandelte Puella mit Roseola, Papeln und Initialaffekt zeigte bei Injektion von 0,01 weder örtlich noch allgemein irgend eine Reaktion.

3. Ein vor einigen Monaten infizierter Arbeiter mit Initialaffekt und typischem Lichen syphiliticus zeigte bei Injektion von 0,01 keinerlei lokale und allgemeine Reaktion, zugleich ein Beweis, dafs die noch im vorigen Jahre von Michelson (*Virchows Archiv* Band 118) wieder ausgesprochene Ansicht, der Lichen syphiliticus sei eine Mischinfektion von Syphilis und Tuberkulose, falsch ist.

4. Ein an Lepra tuberosa seit Jahren leidender Kranker erhielt am 27. November eine Injektion von 0,005. Nach 4 Stunden starker Schüttelfrost und Temperaturanstieg bis 41,4, Hustenreiz, Oppressionsgefühl, ziehende Schmerzen in den Knieen; nach 12 Stunden traten über 2 Tage sich hinziehende und erst auf Opium stehende Diarrhöen ein. Dauer des Fiebers 4 Tage. Keinerlei lokale Reaktion an den Lepraknoten. Es wird die Vermutung ausgesprochen, dafs es sich bei dem Kranken um eine gleichzeitig bestehende bisher nicht erkannte tuberkulöse Affektion handelt.

II.

Zweiter Brief aus Berlin.

Berlin, den 26. Dezember 1890.

Verehrtester Herr Kollege!

Die freundliche Aufnahme, die Sie unseren ersten aphoristischen Mitteilungen erwiesen haben, ermutigt uns heute, nach weiteren 14 Tagen, über das Kochsche Heilmittel und die mit demselben von uns gemachten Erfahrungen erneut kurz zu berichten. Im Vordergrund des Interesses steht natürlich wieder das Ergebnis bei Lupus vulgaris, der uns Dermatologen dabei um so mehr interessiert, als er wirklich das klassische Objekt für das Studium der Wirkung des Kochschen Mittels abgibt. Diese lokale Tuberkulose der Haut wurde bis jetzt noch in allen ihren verschiedenen Formen von dem Kochschen Mittel ganz gleichmäfsig beeinflufst und dabei in mehr oder minder kurzer Zeit zur lokalen Heilung gebracht. Der Vorgang dabei ist, so weit es sich bis jetzt übersehen läfst, immer der, dafs durch — sagen wir — akuteste Entzündung — Rötung, Schwellung, Exsudation, Krustenbildung etc. innerhalb des durch die Tuberkelbacillen gebildeten Gewebes verschiedenen Alters eintritt und so in kürzester Zeit Schmelzung, Erweichung und Auswerfung der tuberkulösen Partieen in bis jetzt unerhörter Weise zu stande gebracht wird. Wohl entsprechend der Akuität und Eigentümlichkeit dieses ganzen Verlaufs, kommt es denn auch, wenn die Behandlung mit dem Mittel so lange fortgesetzt worden ist, bis selbst bei Steigerung auf 5—6 ccm der 1 %igen Lösung keine lokale und allgemeine Reaktion mehr hervorzubringen ist, also keine lupösen Gewebe mehr als vorhanden zu vermuten sind, zu einer viel glatteren, heileren, elastischeren Haut, die anfangs nur noch stärker, frisch gerötet, später aber mit fortschreitendem Rückbildungsprozesse weifser und blasser erscheint. Diese Wirkung ist in der That so typisch und sich immer gleich bleibend, dafs man in diesem Sinne von einer „spezifischen“ sprechen kann, schon weil sie unter allen Umständen, ohne Rücksicht auf Personen, Dauer und Form der lupösen Erkrankung immer mit derselben Präcision in die Erscheinung tritt. Dabei ist es freilich schon erwiesen, dafs aufser dieser ganz bestimmten und gewissermafsen mathematischen Wirkung, noch andere ähnliche Wirkungen bei anderen Prozessen gesehen werden, wie ja

auch die Medikamente Jod und Quecksilber, aufser ihrer spezifischen Wirkung für Syphilis, Chinin für Malaria oder Salicylsäure für Gelenkrheumatismus etc. noch weitere bemerkenswerte Wirkungen auf andere Krankheitsprozesse ausüben. Nirgends konnten wir aber beim Lupus eine Veränderung wahrnehmen, die sich von Anfang an oder im weiteren Verlauf als Nekrose erwies, wenn sie nicht im Voraus schon gegeben war. Dem ist es wohl auch zuzuschreiben, dafs sich die Heilung rasch vollzieht und das zurückbleibende Gewebe, durch seine Glätte, Elasticität und frische Röte sich auszeichnet, sobald die Krusten, sei es von selbst oder durch begünstigende Mittel entfernt worden sind. Am meisten glich das Bild, das wir vor uns hatten, dem durch impetiginöse Prozesse hervorgerufenen, wo auch die Haut unter den Krusten immer mehr oder minder glatt, oder höchstens oberflächlich erodiert erscheint. Sollen wir hier nun, wenn ohne weitere Reaktion die Haut glatt geworden ist von einer Heilung sprechen?

Wenn diese das Verschwinden eines bestehenden Prozesses, gleichviel, ob er später wiederkommt oder nicht — involviert, so haben wir gewifs ein Recht, in diesem bestimmten Stadium des lokal verlaufenen Prozesses nach dem fulminanten Einflufs des Mittels von absoluter und sicherer Heilung zu sprechen. Das wurde aber auch schon früher, freilich weniger rasch und prompt, vielleicht auch nicht so gründlich, durch verschiedene medizinische und chirurgische Mittel erreicht; wir gestehen auch gerne zu, nicht so angenehm und mit nicht so prompten und sauberen Lokalresultaten. Aber nach mehr oder minder kurzer Zeit, die sich auch früher oft auf Jahre erstreckte, trat in den weitaus meisten Fällen da oder dort wieder Lupus auf, und man konnte also in solchen Fällen nur von einer vorübergehenden relativen, lokalen Heilung sprechen. Das werden wir vorerst auch wohl noch nach der bisherigen Heilung mit dem Kochschen Mittel thun müssen, mindestens so lange noch, bis genügend lange Zeit die Nimmerwiederkehr des lokalen Übels verbürgt. Aber auch darüber müssen die nach langer Zeit erst möglichen Erfahrungen belehren, ob nicht an derselben oder an anderen Stellen, oder gar allgemein später eine Tuberkulose auftritt — wie wir dies früher gerade bei wirklich lokal geheilten Lupösen oder mit anderen tuberkulösen Lokalprozessen Behafteten leider so oft erfahren mufsten. Hat doch gerade diese Thatsache uns und Andere in der Meinung bestärkt, dafs der Lupus, solange er blüht und gedeiht, eine gewisse Immunität gegen sonstige Tuberkulose, namentlich auch der Lungen, setzt, die mit seinem Verschwinden mindestens sehr gefährdet wird. Wir können heute auch nicht verschweigen, dafs wir in Fällen, die von allen Beobachtern schon für geheilt angesehen wurden, manchmal nach einiger Zeit schon wieder in der Umgebung der Narben verdächtige Bildungen auftreten sahen, die man früher

ohne Skepsis für neue Lupusknötchen angesehen hätte. Endlich wollen wir eines Falles Erwähnung thun, wo ein kleines makroskopisch schwer zu definierendes Geschwür an den Nasenflügeln durch die typische Reaktion uns als lupös sich zweifellos erwies.

Wir kommen zu unserer Beobachtung an Lupus erythematodes, der in drei Fällen weiter mit Kochscher Flüssigkeit behandelt wurde. Was die allgemeine Reaktion anlangt, so konnten wir in jedem die Fiebererscheinungen mit Schüttelfrost, Temperatursteigerung selbst bis auf 40,3 konstatieren, Erscheinungen, die bei derselben Injektionsmenge manchmal bis zur äufsersten Schwere auftraten, dann bei der zweiten oder dritten Injektion ausblieben, um bei der dritten oder vierten, ohne Steigerung der Menge ebenso heftig wiederzukommen. Lokal trat auch nicht immer und nicht gleich intensiv, aber doch regelmäfsig mehr oder minder eine Rötung, Schwellung und nachheriger Abstofsung bis zu Fetzen auf, wobei wir immer zu der Ansicht gedrängt wurden, dafs vielleicht die Verschiedenheit des Lupus erythematodes nur vom L. vulgaris weniger als die geringere Tiefe des lokalen, immerhin eigenartigen anatomischen Prozefses eine so starke Exsudation und Krustenbildung, wie beim Lupus vulgaris verhinderte. In zweien dieser Fälle, aber auch bei einem Fall von Otorrhoea mit seborrhoischem Ekzem traten schmerzhafte Lymphdrüsenschwellungen unter der Spina scapulae nach jeder Einspritzung auf, die nach und nach wieder, selbst wenn sie nach mehreren Einspritzungen da waren, verschwanden.

Der kleine 9jährige Patient mit ausgebreiteten Fistelgängen und Narben in der linken Hüftgegend, von tuberkulöser Coxitis herrührend, der auf die erste Injektion von 0,001, aufser mit mäfsigem Fieber dadurch wesentlich interessant wurde, dafs er mit einem Lichen scrophulosorum ähnlichen Ausschlag reagierte, hat in der Folge mit 3tägigen Pausen Injektionen mit 0,002—0,008 durchschnittlich je um 0,001 steigend erhalten, bis er zuletzt nicht mehr durch Schüttelfrost und andere allgemeine oder lokale Erscheinungen reagierte. Dabei war es zu konstatieren, dafs der Lichen scrophulosorum am Rumpfe unter leichter Schuppung mehr und mehr abblafste, so dafs jetzt nur noch geringe Pigmentierungen seinen früheren Sitz in kreisrunder Ausbreitung darthun. Aufserdem hat der Knabe guten Appetit, Schlaf und so viel besseres Befinden bekommen, dafs er wieder gehen kann, was ihm seit 5 Monaten nicht mehr möglich war, während der lokale Prozefs, der anfangs mit vermehrter Eiterung aus den Fistelgängen antwortete, sich so weit gebessert hat, dafs ohne jede weitere Behandlung, d. h. nur bei schützendem Verbande, die Eiterung fast völlig aufhörte und die Fistelgänge nahezu geschlossen sind.

Die beiden Fälle von Lichen ruber planus, die auch in 3tägigen

Pausen und in Steigerung der Dosis bis 0,02 injiciert worden waren, schienen nach einiger Zeit einen Stillstand in der Involution des Ausschlages darzuthun. Doch bei weiteren Injektionen zeigten auch sie noch schubweise Verminderung ihres Volumens, vermehrte Abschuppung, während in dem einen wieder eine bemerkenswerte, bis jetzt einzig dastehende Beobachtung zu Tage trat, nämlich zwischen einzelnen Eruptionen, ziemlich weit am Körper und diffus ausgebreitet, das Auftreten von kleinsten submiliaren, blassen, etwas härtlichen Knötchen, die den übrigen Lichen-Knötchen vollständig glichen und von ihnen nur durch ihre Gröfse sich unterschieden. Soweit bis jetzt zu sehen, haben aber diese Knötchen keine weiteren Fortschritte gemacht, sondern scheinen unter geringer kleinförmiger Abschuppung nach und nach zu verschwinden. Es erscheinen diese Lichen-Eruptionen, die wir nach den Injektionen beobachten, ebenso wie die scarlatiniformen und morbilliformen Ausschläge oder die diffusen Rötungen etc. mit mehr oder minder starker Schuppung, sei es an der Injektionsstelle oder ferne davon, für den Dermatologen besonders interessant und wichtig und werden von uns seiner Zeit zum Gegenstand einer eingehenden Besprechung in Zusammenhang mit anderen bei Infektionskrankheiten beobachteten Hautausschlägen gemacht werden.

Dasselbe gilt vom Herpes an verschiedenen Stellen des Gesichtes und der Mundhöhle, die wir aufser den neulich mitgeteilten Fällen, nun auch noch bei einem Lupus erythematosus-Falle auftreten sahen.

Wir sehen ab von einem Bericht über die Wirkung der Kochschen Injektion bei Leprösen, über die Sie bei reichlicherem Material wohl besser berichten können und wollen hier nur erwähnen, dafs das, was wir in dieser Beziehung bei Anderen bereits gesehen haben, wegen der allgemeinen und lokalen Reaktion zweifellos zu weiteren Versuchen aufmuntert.

Ein Fall von tuberkulöser Caries der Metatarsal-Knochen soll hier zunächst defswegen Erwähnung finden weil er uns als der weitest fortgeschrittene d. h. eigentlich geheilte Fall unserer Behandlung erscheint. Denn die lokalen Fistelgänge sind vollständig geschlossen und von einer tadellosen Narbe bedeckt, nachdem vorher — wie wir schon neulich berichteten — nach den Injektionen öfter allgemein aufser anderen Erscheinungen hohes Fieber bis zu 40,3 auftrat, während lokal stärkere Eiterung mit Krustenbildung, die aber bald schwand und unter mehr schleimiger Absonderung zur Heilung führte.

Bei einem Falle von Ekzema impetiginosum capitis mit Drüsenschwellung am Nacken wurde eine Einspritzung von 0,0015 gemacht, in deren Gefolge keine allgemeine Reaktion, wohl aber unzählige kleinste, juckende Bläschen am Nacken auftraten. Weitere Injektionen von

0,002—0,003 ergaben nach anfänglicher Verschlimmerung eine ganz auffallende Besserung des während dieser ganzen Zeit nicht anders behandelten ekzematösen Ausschlages.

Ein Mädchen mit Ekzema seborrhoicum bei dem seit einem Jahre rechtsseitig eine (tuberkulöse?) Otorrhoea bestand, wurde nach Einspritzung von 0,001, die bis jetzt 2 mal gemacht wurde, keine allgemeine Reaktion, aber auch keine Beeinflussung des Ekzems, dagegen stärkerer Ohrenfluſs, Schmerz und Rötung an der Injektionsstelle und schmerzhafte Schwellung der Unterspinal-Drüse beobachtet. Bei der Mutter dieser Kranken, die an viel weiter ausgebreitetem Ekzema seborrh. litt, trat ebenfalls kein Fieber ein, zweifellos aber Besserung des Ausschlages, namentlich am Kopf, an dem in der ersten Zeit nach der Injektion schmerzhaftes Brennen empfunden wurde. Bei diesem Falle war ebenso wie bei einem Fall von Lupus eryth. ein viel zu frühes Auftreten der sonst regelmäſsigen Periode beobachtet.

Zum Schlusse dieser zunächst nur Thatsächliches referierenden Bemerkungen wollen wir noch hinzufügen, daſs wir als Applikationsstelle für unsere Injektionen, aus ein Andermal zu besprechenden Gründen, nicht nur die von Koch vorgeschlagene Gegend zwischen den Schulterblättern, und in den Lenden, sondern mit Vorliebe auch die Bauchhaut benutzt haben, ohne damit unangenehme Erfahrungen zu machen. Ferner erwähnen wir, daſs wir auſser der Kochschen Spritze möglichst gute, auf 1 ccm geaichte Pravazsche Spritzen gebrauchen, ohne damit unzufrieden zu sein.

Über die Anregungen und weiteren Arbeiten, zu denen uns die Injektionen bis jetzt schon Anlaſs gaben, können wir begreiflicherweise auch erst später referieren.

Mit Verehrung und Hochachtung

Ihre ergebenen

Schweninger und Buzzi.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XII. No. 2.

Nachtrag.

III.

Fortsetzung der Mitteilungen über ein Heilmittel gegen Tuberkulose.

Von Professor R. Koch, Berlin.

(Aus der *Deutschen med. Wochenschr.* 1891. No. 3. S. 101 u. 102.)

Seit der vor zwei Monaten erfolgten Veröffentlichung (cf. *D. med. Wochenschr.* 1890, No. 46a)[1] meiner Versuche mit einem neuen Heilverfahren gegen Tuberkulose haben viele Ärzte das Mittel erhalten und sind dadurch in den Stand gesetzt, sich durch eigene Versuche mit den Eigenschaften desselben bekannt zu machen. So weit ich die bisher hierüber erschienenen Publikationen und die an mich gelangten brieflichen Mitteilungen übersehe, haben meine Angaben im grofsen und ganzen volle Bestätigung gefunden. Darüber, dafs das Mittel eine specifische Wirkung auf tuberkulöses Gewebe ausübt und infolgedessen als ein sehr feines und sicheres Reagens zum Nachweis versteckter und zur Diagnose zweifelhafter tuberkulöser Prozesse verwertet werden kann, ist man wohl allgemein einig. Auch in Bezug auf die Heilwirkung des Mittels wird von den meisten berichtet, dafs trotz der verhältnismäfsig kurzen Dauer der Kur bei vielen Kranken schon mehr oder weniger weitgehende Besserung eingetreten ist. In nicht wenigen Fällen soll, wie mir berichtet wurde, selbst Heilung erzielt sein. Nur ganz vereinzelt ist behauptet, dafs das Mittel nicht allein bei zu weit vorgeschrittenen Fällen gefährlich werden könne, was man ohne weiteres zugeben wird, sondern dafs es den tuberkulösen Prozefs geradezu befördere, also an und für sich schädlich sei. Ich selbst habe seit anderthalb Monaten Gelegenheit gehabt, an etwa 150 Kranken mit Tuberkulose der verschiedensten Art im städtischen Krankenhaus zu Moabit weitere Erfahrungen über die Heilwirkung und die diagnostische Verwendung des Mittels zu sammeln, und kann nur sagen, dafs alles, was ich in letzter Zeit gesehen habe, mit meinen früheren Beob-

[1] S. Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XI. S. 465 ff.

achtungen im Einklang steht, und dafs ich an dem, was ich früher berichtete, nichts zu ändern habe.[2]

So lange es nur darauf ankam, meine Angaben auf ihre Richtigkeit zu prüfen, war es nicht erforderlich zu wissen, was das Mittel enthält und woher es stammt. Es mufste im Gegenteil die Nachprüfung um so unbefangener ausfallen, je weniger von dem Mittel selbst bekannt war. Nachdem nun aber die Nachprüfung, wie mir scheint, in hinreichendem Mafse stattgefunden und die Bedeutung des Mittels ergeben hat, wird es die nächste Aufgabe sein, das Mittel auch über den bisherigen Bereich der Anwendung hinaus zu studieren und womöglich die Principien, welche der Entdeckung desselben zu Grunde liegen, auch auf andere Krankheiten anzuwenden. Diese Aufgaben verlangen selbstverständlich die volle Kenntnis des Mittels, und ich halte deswegen den Zeitpunkt für gekommen, dafs nach dieser Richtung hin die erforderlichen Angaben gemacht werden, was in Folgendem geschehen soll.

Ehe ich auf das Mittel selbst eingehe, halte ich es zum besseren Verständnis der Wirkungsweise desselben für geboten, ganz kurz den Weg anzugeben, auf welchem ich zur Entdeckung desselben gekommen bin.

Wenn man ein gesundes Meerschweinchen mit einer Reinkultur von Tuberkelbacillen impft, dann verklebt in der Regel die Impfwunde und scheint in den ersten Tagen zu verheilen; erst im Laufe von 10—14 Tagen entsteht ein hartes Knötchen, welches bald aufbricht und bis zum Tode des Tieres eine ulcerierende Stelle bildet. Aber ganz anders verhält es sich, wenn ein bereits tuberkulös erkranktes Meerschweinchen geimpft wird. Am besten eignen sich hierzu Tiere, welche 4—6 Wochen vorher erfolgreich geimpft wurden. Bei einem solchen Tier verklebt die kleine Impfwunde auch anfangs, aber es bildet sich kein Knötchen, sondern schon am nächsten oder zweiten Tage tritt eine eigentümliche Veränderung an der Impfstelle ein. Dieselbe wird hart und nimmt eine dunklere Färbung an, und zwar beschränkt sich dies nicht allein auf die Impfstelle selbst, sondern breitet sich auf die Umgebung bis zu einem Durchmesser von 0,5—1 cm aus. An den nächsten Tagen stellt sich dann immer deutlicher heraus, dafs die so veränderte Haut nekrotisch ist, sie wird schliefslich abgestofsen, und es bleibt dann eine flache Ulceration zurück, welche gewöhnlich schnell und dauernd heilt, ohne dafs die benachbarten Lymphdrüsen infiziert werden. Die verimpften Tuberkelbacillen wirken also ganz anders auf die Haut eines gesunden, als auf

[2] In Bezug auf die Dauer der Heilung möchte ich hier anführen, dafs von den Kranken, welche von mir vorläufig als geheilt bezeichnet waren, zwei in das Krankenhaus Moabit zur weiteren Beobachtung wieder aufgenommen sind, und dafs sich seit drei Monaten keine Bacillen im Sputum gezeigt haben; auch die physikalischen Symptome sind bei denselben allmählich vollkommen verschwunden.

diejenige eines tuberkulösen Meerschweinchens. Diese auffallende Wirkung kommt nun aber nicht etwa ausschliefslich den lebenden Tuberkelbacillen zu, sondern findet sich ebenso bei den abgetöteten, ganz gleich, ob man sie, wie ich es anfangs versuchte, durch niedrige Temperaturen von längerer Dauer, oder durch Siedehitze, oder durch gewisse Chemikalien zum Absterben gebracht hat.

Nachdem diese eigentümliche Thatsache gefunden war, habe ich sie nach allen Richtungen hin weiter verfolgt, und es ergab sich dann weiter, dafs abgetötete Reinkulturen von Tuberkelbacillen, nachdem sie verrieben und im Wasser aufgeschwemmt sind, bei gesunden Meerschweinchen in grofser Menge unter die Haut gespritzt werden können, ohne dafs etwas anderes als eine lokale Eiterung entsteht.[3] Tuberkulöse Meerschweinchen werden dagegen schon durch die Injektion von sehr geringen Mengen solcher aufgeschwemmten Kulturen getötet, und zwar je nach der angewendeten Dosis innerhalb von 6—48 Stunden. Eine Dosis, welche eben nicht mehr ausreicht, um das Tier zu töten, kann eine ausgedehnte Nekrose der Haut im Bereich der Injektionsstelle bewirken. Wird die Aufschwemmung nun aber noch weiter verdünnt, so dafs sie kaum sichtbar getrübt ist, dann bleiben die Tiere am Leben, und es tritt, wenn die Injektionen mit ein- bis zweitägigen Pausen fortgesetzt werden, bald eine merkliche Besserung im Zustande derselben ein; die ulcerierende Impfwunde verkleinert sich und vernarbt schliefslich, was ohne eine derartige Behandlung niemals der Fall ist; die geschwollenen Lymphdrüsen verkleinern sich; der Ernährungszustand wird besser, und der der Krankheitsprozefs kommt, wenn er nicht bereits zu weit vorgeschritten ist und das Tier an Entkräftung zu Grunde geht, zum Stillstand.

Damit war die Grundlage für ein Heilverfahren gegen Tuberkulose gegeben. Der praktischen Anwendung solcher Aufschwemmungen von abgetöteten Tuberkelbacillen stellte sich aber der Umstand entgegen, dafs an den Injektionsstellen die Tuberkelbacillen nicht etwa resorbiert werden oder in anderer Weise verschwinden, sondern unverändert lange Zeit liegen bleiben und kleinere oder gröfsere Eiterherde erzeugen.

Das, was bei diesem Verfahren heilend auf den tuberkulösen Prozefs wirkt, mufste also eine lösliche Substanz sein, welche von den die Tuberkelbacillen umspülenden Flüssigkeiten des Körpers gewissermafsen ausgelaugt und ziemlich schnell in den Säftestrom übergeführt wird, während das, was eitererzeugend wirkt, anscheinend in den Tuberkelbacillen zurückbleibt oder doch nur sehr langsam in Lösung geht.

---

[3] Derartige Injektionen gehören zu den einfachsten und sichersten Mitteln, um Eiterungen zu erzeugen, welche frei von lebenden Bakterien sind.

Es kam also lediglich darauf an, den in den Körper sich abspielenden Vorgang auch aufserhalb desselben durchzuführen und womöglich die heilend wirkende Substanz für sich allein aus den Tuberkelbacillen zu extrahieren. Diese Aufgabe hat viel Mühe und Zeit beansprucht, bis es mir endlich gelang, mit Hülfe einer 40 bis 50%igen Glycerinlösung die wirksame Substanz aus den Tuberkelbacillen zu erhalten. So gewonnene Flüssigkeiten sind es gewesen, mit denen ich die weiteren Versuche an Tieren und schliefslich am Menschen gemacht habe, und welche zur Wiederholung der Versuche an andere Ärzte abgegeben sind.

Das Mittel, mit welchem das neue Heilverfahren gegen Tuberkulose ausgeübt wird, ist also ein Glycerinextrakt aus den Reinkulturen der Tuberkelbacillen.

In das einfache Extraxt gehen aus den Tuberkelbacillen natürlich neben der wirksamen Substanz auch alle übrigen in 50% Glycerin löslichen Stoffe über, und es finden sich deswegen darin eine gewisse Menge von Mineralsalzen, färbende Substanzen und andere unbekannte Extraktivstoffe. Einige dieser Stoffe lassen sich ziemlich leicht daraus entfernen. Die wirksame Substanz ist nämlich unlöslich in absolutem Alkohol und kann durch denselben allerdings nicht rein, sondern immer noch in Verbindung mit anderen ebenfalls in Alkohol unlöslichen Extraktivstoffen ausgefällt werden. Auch die Farbstoffe lassen sich beseitigen, so dafs es möglich ist, aus dem Extrakt eine farblose trockene Substanz zu erhalten, welche das wirksame Prinzip in viel konzentrierterer Form enthält, als die ursprüngliche Glycerinlösung. Für die Anwendung in der Praxis bietet diese Reinigung des Glycerinextraktes indessen keinen Vorteil, weil die so entfernten Stoffe für den menschlichen Organismus indifferent sind, und also der Reinigungsprozefs das Mittel nur unnötigerweise verteuern würde.

Über die Konstitution der wirksamen Substanz lassen sich vorläufig nur Vermutungen aussprechen. Dieselbe scheint mir ein Derivat von Eiweifskörpern zu sein und diesen nahe zu stehen, gehört aber nicht zur Gruppe der sogenannten Toxalbumine, da sie hohe Temperaturen erträgt und im Dialysator leicht und schnell durch die Membran geht. Das im Extrakt vorhandene Quantum der Substanz ist allem Anscheine nach ein sehr geringes; ich schätze es auf Bruchteile eines Prozents. Wir würden es, wenn meine Voraussetzung richtig ist, also mit einem Stoffe zu thun haben, dessen Wirksamkeit auf tuberkulös erkrankte Organismen weit über das hinausgeht, was uns von den am stärksten wirkenden Arzneistoffen bekannt ist.

Über die Art und Weise, wie wir uns die specifische Wirkung des Mittels auf das tuberkulöse Gewebe vorzustellen haben, lassen sich selbstverständlich verschiedene Hypothesen aufstellen. Ich stelle mir, ohne be-

haupten zu wollen, dafs meine Ansicht die beste Erklärung abgiebt, den Vorgang folgendermafsen vor. Die Tuberkelbacillen produzieren bei ihrem Wachstum in den lebenden Geweben ebenso wie in den künstlichen Kulturen gewisse Stoffe, welche die lebenden Elemente ihrer Umgebung, die Zellen, in verschiedener Weise und zwar nachteilig beeinflussen. Darunter befindet sich ein Stoff, welcher in einer gewissen Konzentration lebendes Protoplasma tötet und so verändert, dafs es in den von WEIGERT als Koagulationsnekrose bezeichneten Zustand übergeführt wird. In dem nekrotisch gewordenen Gewebe findet der Bacillus dann so ungünstige Ernährungsbedingungen, dafs er nicht weiter zu wachsen vermag, unter Umständen selbst schliefslich abstirbt. Auf diese Weise erkläre ich mir die auffallende Erscheinung, dafs man in frisch tuberkulös erkrankten Organen, z. B. in der von grauen Knötchen durchsetzten Milz oder Leber eines Meerschweinchens, zahlreiche Bacillen findet, während letztere selten sind oder gar fehlen, wenn die kolossal vergröfserte Milz fast ganz aus weifslicher, im Zustande der Koagulationsnekrose befindlicher Substanz besteht, wie man es häufig beim natürlichen Tode tuberkulöser Meerschweinchen findet. Auf grofse Entfernung vermag der einzelne Bacillus deswegen auch nicht Nekrose zu bewirken; denn sobald die Nekrose eine gewisse Ausdehnung erreicht hat, nimmt das Wachstum des Bacillus und damit die Produktion der nekrotisierenden Substanz ab, und es tritt so eine Art von gegenseitiger Kompensation ein, welche bewirkt, dafs die Vegetation vereinzelter Bacillen eine so auffallend beschränkte bleibt, wie z. B. beim Lupus, in skrophulösen Drüsen u. s. w. In solchem Falle erstreckt sich die Nekrose gewöhnlich nur über einen Teil einer Zelle, welche dann bei ihrem weiteren Wachstum die eigentümliche Form der Riesenzelle annimmt; ich folge also in dieser Auffassung der zuerst von WEIGERT gegebenen Erklärung von dem Zustandekommen der Riesenzellen.

Würde man nun künstlich in der Umgebung des Bacillus den Gehalt des Gewebes an nekrotisierender Substanz steigern, dann würde sich die Nekrose auf eine gröfsere Entfernung ausdehnen, und es würden sich damit die Ernährungsverhältnisse für den Bacillus viel ungünstiger gestalten, als dies gewöhnlich der Fall ist. Teils würden alsdann die in gröfserem Umfange nekrotisch gewordenen Gewebe zerfallen, sich ablösen und, wo dies möglich ist, die eingeschlossenen Bacillen mit fortreifsen und nach aufsen befördern; teils würden die Bacillen soweit in ihrer Vegetation gestört, dafs es viel eher zu einem Absterben derselben kommt, als dies unter gewöhnlichen Verhältnissen geschieht.

Gerade in dem Hervorrufen solcher Veränderungen scheint mir nun die Wirkung des Mittels zu bestehen. Es enthält eine gewisse Menge der nekrotisierenden Substanz, von welcher eine entsprechend grofse

Dosis auch beim Gesunden bestimmte Gewebselemente, vielleicht die weifsen Blutkörperchen, oder ihnen nahestehende Zellen schädigt und damit Fieber und den ganzen eigentümlichen Symptomenkomplex bewirkt. Beim Tuberkulösen genügt aber schon eine sehr viel geringere Menge, um an bestimmten Stellen, nämlich da, wo Tuberkelbacillen vegetieren und bereits ihre Umgebung mit demselben nekrotisierenden Stoff imprägniert haben, mehr oder weniger ausgedehnte Nekrose von Zellen nebst den damit verbundenen Folgeerscheinungen für den Gesamtorganismus zu veranlassen. Auf solche Weise läfst sich, wenigstens vorläufig, ungezwungen, der specifische Einflufs, welchen das Mittel in ganz bestimmten Dosen auf tuberkulöses Gewebe ausübt, ferner die Möglichkeit, mit diesen Dosen so auffallend schnell zu steigen, und die unter nur einigermafsen günstigen Verhältnissen unverkennbar vorhandene Heilwirkung des Mittels erklären.

Verlag von LEOPOLD VOSS in Hamburg (und Leipzig).
Druck der Verlags-Anstalt und Druckerei A.-G. (vorm. J. F. Richter) in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XII. No. 3. 1. Februar 1891.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Zur Anatomie der Epheliden, Lentigines und Naevi pigmentosi.

Von

Dr. med. Moritz Cohn.

(Mit Tafel II.)

Es ist noch nicht ein ganzes Jahrzehnt vergangen, seitdem man der Pigmentfrage beim Menschen näher trat. Schon lange vor dieser Zeit waren in der Haut gewisser Tierklassen verästelte Pigmentzellen nachgewiesen. V. Leydig und H. Müller hatten diese Zellen in der Oberhaut von Amphibien, Fischen und Ratten gefunden. 1860 fand Köllikер [1] dieselben Zellen in der Haut von Protopterus annectens und folgerte schon damals aus seinem Befund, dafs das Pigment der Epidermis aus der Cutis stamme.

Fast ein Vierteljahrhundert war vergangen, und diese Ansicht Köllikers schien vergessen, als Aeby [2] im Jahre 1885 auf Grund ausgedehnter Untersuchungen ganz allgemein den Satz aufstellte, dafs im Epithel kein Pigment gebildet, dasselbe vielmehr durch Wanderzellen aus dem Bindegewebe eingeführt werde.

Wenn nun auch in der Zeit zwischen Köllikers Beobachtungen am Protopterus und der Mitteilung Aebys das Interesse an der Herkunft des Pigments nicht ganz erloschen war, so sind doch die Mitteilungen darüber recht spärlich. [3]

Erst kurz vor Aebys Mitteilung erschien eine Publikation, welche sich eingehender mit der Herkunft des Pigments im menschlichen Haar beschäftigte. Riehl [4] fand das Pigment unterhalb der Papille und in derselben an unregelmäfsig verästelte Wanderzellen gebunden, mit denen es in die Interstitien zwischen die Epithelien gelangt. Er selbst beschreibt auf Seite 36 seiner Ahandlung diese Zellen folgendermafsen:

---

[1] *Würzburg. naturw. Zeitschr.* I. 1860.

[2] *Med. Centralbl.* 1885. No. 16.

[3] Es wurden eine Reihe einzelner Beobachtungen publiziert, unter welchen die wichtigste diejenige von Waldeyer ist, welcher Pigmentzellen in der Cutis der Augenlider und anderer Hautstellen antraf.

[4] *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1884.

„Auf Querschnitten durch die Papille in ihrer gröfsten Circumferenz findet man bei den im Wachstum begriffenen Haaren in dem Papillargewebe eingeschoben unregelmäfsig gestaltete Zellen mit körnigem und und stark pigmentiertem Protoplasma ohne deutlichen Kern.[5] Die Zellen haben teils rundliche, teils spiralförmige Gestalt, oder zeigen ganz unregelmäfsige Konturen, pigmentierte Wanderzellen. Ihr Pigmentgehalt schwankt ziemlich bedeutend in verschiedenen Zellen, und auch in einer Zelle kann man einen Pol stärker pigmentiert finden."

Weiter nach oben verschwinden dann die Wanderzellen immer mehr und mehr, während sich das Pigment in den Epithelien ansammelt. So lange sich in den Hornzellen noch ein Kern nachweisen läfst, gruppiert sich das Pigment unregelmäfsig um denselben.

Über die Herkunft des Pigments glaubt Riehl sich dahin äufsern zu müssen, dafs diese pigmentführenden Wanderzellen von der Umgebung der Gefäfse ihren Ausgangspunkt nehmen und von dort in das Gewebe der Haarpapille und in das Haar selbst einwandern. Er meint diese Ansicht weiter durch Befunde stützen zu können, die er bei entzündlichen und neoplastischen Vorgängen beobachtet hat, falls dieselben mit Pigmentierung einhergehen. Er fand dann in der nächsten Umgebung der Gefäfse Rundzelleninfiltrate und zwischen den Bindegewebsfibrillen Wanderzellen eingeschoben, welche mit Pigment erfüllt waren. Er hat dann weiter an anderen Schnitten beobachtet, wie diese Wanderzellen sich bis in die Cutispapillen und an die Epidermis heran erstrecken.

Diese Herkunft des Pigments aus den Blutgefäfsen suchte Ehrmann[6] experimentell zu beweisen. Er brachte, ebenso wie schon Quincke vor ihm, Hunden und Meerschweinchen Quetschungen bei und fand, dafs der von Zellen aufgenommene Blutfarbstoff sich in körniges Pigment umwandelte. Später fand er dann in den Bindegewebszellen der Cutis und in den Zellen der Epidermis reichliche Pigmentablagerungen. Um aber auch zugleich genaueren Aufschlufs über die Fortschaffung des Pigments aus der Cutis zu erhalten, ging er vom Studium der Amphibienhaut aus und zog dann auch die Haut der Säugetiere und des Menschen heran. Es lag hier allerdings die Gefahr sehr nahe, dafs die auf die Amphibienhaut basierten Schlüsse zu sehr verallgemeinert und ohne zwingende Gründe auf andere pigmentierte Objekte übertragen würden. Er fand nun beim Frosche die schon lange bekannten Pigmentzellen und sah, wie diese direkt unterhalb des Epithels gelagerten Zellen ihr Pigment an die unterste Epithelschicht abgaben, während sie selbst vorübergehend pigmentfrei wurden. Während nun das Pigment aus der Stachel- in die Körner-

[5] Der gesperrte Druck stammt von mir.

[6] *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* Jahrg. XII. (1885) pag. 508 u. XIII. (1886) pag. 57.

und Hornschicht aufsteigt, füllen sich die unter dem Epithel gelegenen Kernzellen wieder mit Pigment. Ähnliche Verhältnisse findet Ehrmann an der Oberhaut des Menschen. Das in der Cutis gebildete Pigment gelangt durch eine Art Eigenbewegung in besondere sternförmige zarte Zellen der Papillen, welche sich zwischen die Epithelien hinein erstrecken. Genauere Angaben über die Beschaffenheit dieser Zellen (beim Menschen) macht der Autor nicht. Dieselben Zellen, nur gröfser und mit längeren Ausläufern, beschreibt er zwischen den Haarzellen. Dagegen verschweigt er uns nicht, wie er sich die Fortbewegung des Pigments denkt. Er sagt auf Seite 65:

„Die an der Grenze zwischen Bindegewebe und Epithel liegenden verzweigten Zellen beziehen mit ihren beweglichen Ausläufern das Pigment aus den pigmentierten Zellen im Bindegewebe. Die nach aufwärts gerichteten verzweigten Fortsätze derselben übergehen in die pigmentierten Streifen, welche in der Rindenschicht der Epithelzellen verlaufen und in der Kuppe der Zellen zu einem Pigmenthäufchen zusammenfliefsen."

Die nächsten zwei Arbeiten betreffen die Pigmentierung bei Morbus Addisonii. Nothnagel [7] fand, dafs auch bei dieser Erkrankung das Pigment der Epidermis aus der Cutis stamme, und dafs die Übertragung durch besondere sternförmige Zellen vermittelt wurde, welche an der Grenzlinie zwischen Epithel und Cutis gelegen sind. Einen gleichen Befund teilt Riehl [8] mit, welcher die Haut von drei an Morbus Addisonii Gestorbenen untersuchte. Aufserdem fand letzterer die Adventitia der Cutisgefäfse stark zellig infiltriert. In der Umgebung der erkrankten Gefäfse fanden sich häufig Ansammlungen roter Blutkörperchen. Er glaubt, hieraus den Schlufs ziehen zu dürfen, dafs das Pigment ein Zerfallprodukt des Hämoglobins sei, welches alsdann durch Wanderzellen in die Epidermis transportiert werde.

Um über diese Fragen genauere Auskunft zu erhalten, stellte Karg [9] seine Untersuchungen an transplantierten Hautstücken an. Er machte zunächst die Beobachtung, dafs weifse auf das Unterschenkelgeschwür eines Negers übertragene Hautstücke schwarz wurden und umgekehrt. An in gewissen Zwischenräumen gewonnenen Präparaten zeigte er nun, wie die weifse Haut dadurch schwarz wurde, dafs zunächst das intercelluläre Kanalsystem des Epithels von schwarzen Fäden durchzogen wurde, welche er, gestützt auf die Ehrmannschen Untersuchungen am Frosch, für Ausläufer von Zellen hielt, welche an der Grenze von Oberhaut und Cutis

[7] Zur Pathologie des Morbus Addisonii. *Zeitschr. f. klin. Medizin.* 1885. IX. pag. 195.
[8] Ebendas. 1886. X. pag. 521.
[9] *Anatom. Anzeiger.* 1887. No. 12.

lagen. Erst später sammelte sich das Pigment in den Epithelzellen an. Die Zellen der Cutis hatten keine Ausläufer. Die Depigmentation der schwarzen auf einen Weifsen transplantierten Haut ging in der Weise vor sich, dafs zunächst die Stachelschicht ihr Pigment verlor, weil von der Cutis ja nichts mehr zugeführt wurde, während die Hornschicht noch längere Zeit (ihr) Pigment behielt. — Was die Art der Pigmentübertragung angeht, so nimmt KARG dafür „Chromatophoren" in Anspruch. Einen Teil dieser Chromatophoren hält er für Wanderzellen, einen anderen Teil für beweglich gewordene Bindegewebszellen. Er vergleicht sie mit den Fibroblasten, die sich bei jeder Gewebsproliferation aus dem Endothel der Gefäfse und den fixen Bindegewebszellen bilden. Allerdings etwas weiter unten kommt er auf die Frage, ob nicht die ganze Fortbewegung des Pigments eine passive ist, und somit auch das Wandern der „Chromatophoren", da doch der gesamte Ernährungsstrom der Haut von der Tiefe gegen die Oberfläche geht.

Weiter mufs ich hier der Arbeiten KÖLLIKERS gedenken. Dieser Forscher hat aufser der oben erwähnten Notiz über Protopterus annectens die Pigmentfrage noch dreimal behandelt.[10] In Anbetracht der Bedeutung und Autorität derselben wird man es mir nicht verargen, wenn ich einen Teil seiner Äufserungen, so weit sich dieselben auf die menschliche Oberhaut beziehen, wörtlich folgen lasse. So sagt er auf Seite 1 des *Sitzungsberichtes der Würzb. phys.-med. Gesellsch.* folgendes:

„In den Haaren und in der Epidermis entsteht das Pigment dadurch, dafs pigmentierte Bindegewebszellen hier aus der Haarpapille und dem Haarbalge, dort aus der Lederhaut zwischen die weichen tiefsten Epidermiselemente einwachsen. Hier (bei den Haaren) verästeln sich dieselben mit feinen zum Teil sehr langen Ausläufern in den Spalträumen zwischen den Zellen und dringen zuletzt auch in das Innere dieser Elemente ein, welche dadurch zu wirklichen Pigmentzellen werden. Immer und ohne Ausnahme liegen die pigmentierten Bindegewebszellen nur in den tiefsten Lagen der Keim- oder MALPIGHISchen Schicht, und wenn ein Epidermisgebilde in seiner ganzen Länge oder Dicke gefärbt ist, so haben die äufseren Elemente ihren Farbstoff nicht in loco, sondern zu der Zeit erhalten, wo sie noch der Lederhaut nahe lagen."

KÖLLIKER untersuchte dann aufser den Haaren des Menschen, des Hirsches, Rindes, Dromedars und der anthropoiden Affen, von welchen letzteren auch die Schleimhäute und Nägel berücksichtigt wurden, die Epidermis verschiedener Tiere und des Menschen. Was der Forscher

---

[10] I. *Anatom. Anzeiger.* 1887. pag. 483.
II. *Sitzungsber. d. Würzb. physik.-med. Gesellschaft vom 4. Juni 1887.*
III. *Zeitschr. f. wissensch. Zool.* 1887. Bd. 45. Heft 4.

über die letztere berichtet, soll im Folgenden wörtlich wiedergegeben werden. (Seite 2 obiger Schrift.)

„Hier (an der Epidermis des Negers, an der Brustwarze und dem Warzenhofe des Weibes der kaukasischen Rasse) zeigte die Lederhaut ohne Ausnahme in der Nähe der Epidermis eine bald gröfsere, bald geringere Anzahl von pigmentierten kleinen Bindegewebszellen. Ähnliche Zellen fanden sich auch, aber sehr unscheinbar, in den tiefsten Lagen der Keimschicht der Epidermis, und gelang es bis anhin nicht, schönere spindel- oder sternförmige Elemente hier zu sehen, wie sie KARG an seinem transplantierten Stücken der Negerhaut wahrgenommen hat. Das Pigment ist auch hier zum Teil inter- zum Teil intracellulär.

In physiologischer Beziehung verdient am meisten Beachtung, dafs die Bildung des Pigmentes vorwiegend an Elemente des mittleren Keimblattes gebunden erscheint und nicht an die Elemente der Oberhautgebilde. Ob dies infolge einer specifischen Thätigkeit der Bindesubstanzzellen geschieht oder infolge näherer Beziehung derselben zu den Blutgefäfsen und ihren Transsudaten steht vorläufig dahin. Wenn man jedoch bedenkt, dafs die Bindesubstanzzellen der Cutis alle untereinander anastomosieren und somit auch mit denen der Adventitia der Gefäfse in Verbindung stehen, so erscheint für einmal die letztere Hypothese als die wahrscheinlichere."

Einen gleichen Befund bei den Affen giebt R. KRAUSE[11] an. Er findet, dafs eine innige Beziehung zwischen den Pigmentzellen der Cutis und den Blutgefäfsen bestehe, die besonders in der Afterhaut von Cynocephalus spec. und pluto ausgesprochen wäre. Gleichzeitig sah er, dafs Pigmentkörnchen aus den verästigten Cutiszellen in die Basalzellen übertraten.

In allerneuster Zeit hat sich dann PHILIPPSON[12] mit dieser Frage beschäftigt und ist an seinen Präparaten, welche aus der Haut des Frosches, verschiedener Säugetiere und aus den Haaren und der Epidermis des Menschen hergestellt waren, zu dem Resultat gekommen, dafs wahrscheinlich die EHRLICHschen Mastzellen die Träger des Pigments seien.

So weit die Quellen. Wenn ich nun das Resultat kurz zusammenfassen darf, so sind alle erwähnten Autoren der Ansicht, dafs das Pigment der Epidermis aus der Cutis stammt. Zweifelhaft ist es nur, wie es aus der Cutis in die Epidermis gelangt. Im Gegensatz hierzu steht nun die alte Anschauung der metabolischen Umwandlung des Epitelprotoplasma in Pigment. Man hätte erwarten sollen, nach den rastlosen Arbeiten obiger

---

[11] Inaug.-Dissert. Berlin 1888.
[12] Über Hautpigment. *Fortschr. d. Medizin.* 1890. No. 6. pag. 15.

Forscher in dem letzten Jahrzehnt wäre diese Theorie ein glücklich überwundener Standpunkt. Trotzdem finden wir sie in einer ganz neuen Arbeit für die menschliche Epidermis wieder als einzige Ursache der Pigmentbildung verteidigt. MERTSCHING[13] sagt auf Seite 513 seiner Abhandlung über Keratohyalin und Pigment:

„Das Pigment der Negerhaut ist ein Degenerationsprodukt des Kerns der Epidermiszellen; Chromatophorenpigment habe ich an Schnitten von Negerhaut nicht wahrnehmen können, Chromatophoren überhaupt nirgends gesehen."

MERTSCHING hat aber auch an ebendenselben Präparaten und denen von Morb. Addisonii, wie eine halbe Seite weiter oben zu lesen, das Pigment in den Basalzellen in und um den Kern liegend gesehen. Wie reimt sich das zusammen? Wenn der Kern erst zerfallen muſs, damit sich überhaupt Pigment bilde, wie kann dasselbe noch um den Kern herum liegen? Aufserdem muſs ich hier gleich, wenn auch etwas vorgreifend, bemerken, daſs ich an meinen Präparaten, auch nicht an denen aus der Mulattenhaut, Pigment im Kern gefunden habe, höchstens war es demselben aufgelagert; sonst gruppierte es sich immer um die Kernpole herum, indem es bald an dem proximalen, bald an dem distalen Ende stärker hervortrat.

Wenn nun aber auch, abgesehen von MERTSCHING, die gröſste Einstimmigkeit darüber herrscht, wie das Pigment in die Epidermis gelangt, so gehen doch die Meinungen über die forttreibende Kraft sehr auseinander. Die gröſste Mehrzahl der Autoren nehmen dafür Zellen in Anspruch. Die weitverbreiteste und älteste Anschauung ist vielleicht die von der Fortbewegung durch Wanderzellen oder Phagocyten. Kein Wunder, daſs man zunächst auf diese Zellen kam. Sehen wir doch bei bakteritischen Entzündungen dieselben in groſser Menge zur gereizten Stelle wandern, dort einen Damm aufbauen und dann mit der Noxe beladen einen Ausweg suchen! Trotzdem AEBY u. a., hauptsächlich aber RIEHL, sehr warm dafür eintreten, so hat diese Theorie doch manche Bedenken. Denn einerseits ist es RIEHL nie gelungen, die Reste der Wanderzellen zwischen den Epidermiszellen nachzuweisen, andererseits wäre das Auffinden von Wanderzellen noch nichts Auffälliges, da wir wissen, daſs überall, wo ein Reizungszustand besteht, sich bald Wanderzellen einstellen.

Die zweite Theorie ist die von KÖLLIKER aufgestellte der Bindegewebszellen. Nach ihm sollen diese Zellen mit ihren Ausläufern in die Epidermis hineinwachsen und allmählich ganz zwischen die Epithellager der untersten Schicht treten.

---

[13] *Virchows Archiv.* 1889. No. 116. pag. 484.

Die dritte Theorie, die Ehrmannsche, nimmt gleichsam eine vermittelnde Stellung ein; nach ihm sollen die Bindegewebszellen an der Grenze der Cutis und Epidermis selbst unbeweglich sein. Dagegen sollen ihre Ausläufer die Fähigkeit besitzen, das Pigment in die Epithelzellen hineinzubefördern. Recht vorstellen kann ich mir diesen Vorgang nicht; denn wenn auch Amoeben und Phagocyten die Fähigkeit besitzen, mit ihrem Zellleib einen Fremdkörper zu umschliefsen, so hat doch bisher niemand nachgewiesen, dafs die Epithelien auch diese Fähigkeit besitzen; aufserdem ist es mir nicht klar, was aus dem Ausläufer der Bindegewebszelle wird, nachdem er mit der Epithelzelle in Berührung gekommen ist.

Als vierte Theorie wäre die Ansicht von Philippson anzuführen, welcher die Ehrlichschen Mastzellen mit der Fortschaffung des Pigments aus der Cutis betraut.

Diesen Anschauungen steht nun Unna skeptisch gegenüber. Derselbe sucht in seinen *Monatsheften*[14] darzulegen, dafs eigentlich die „Pigmentzelle der Oberhaut" in ihrer Eigenschaft als Zelle noch gar nicht scharf bewiesen sei. Die Verwechslung mit Ausgüssen der Lymphwege läge so nahe, dafs man sich der Mühe unterziehen mufste, diese Objekte einmal genau mit besseren Mitteln als bisher auf ihre Zellenbeschaffenheit zu prüfen.

Ich unterzog mich daher auf Anraten des Herrn Dr. Unna dieser Aufgabe, indem ich gleichzeitig der bisher nicht entschiedenen Frage näher zu treten suchte, welcher Unterschied zwischen den gewöhnlichsten umschriebenen Pigmenterkrankungen der Haut bestände.

Gleichzeitig will ich es nicht unterlassen, Herrn Dr. Unna an dieser Stelle für die freundliche Überlassung der Präparate und für die liebenswürdigen Ratschläge und Unterstützung bei der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Als ich mit meinen Untersuchungen bereits fertig war, kam mir die Arbeit von Meyersohn[15] in die Hände. Es ist recht erfreulich, dafs wir, wie ich weiter unten zeigen werde, in einigen Punkten, die er allerdings nur kurz berührt, zu denselben Resultaten gekommen sind. Allein im wesentlichen umfafst seine Arbeit doch ein anderes Gebiet, als ich mir in der ersten Hälfte meiner Arbeit vorgenommen habe. Er versuchte nämlich mittelst der Depigmentierungsmethode,[16] nachdem von Unna

---

[14] Die Fortschritte der Hautanatomie in den letzten 5 Jahren. (Pigment der Haut.) *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889. Bd. VIII. pag. 366 u. ff.

[15] Zur Pigmentfrage. *Virchows Archiv.* 1889. No. XV. pag. 118.

[16] Meyersohn hat ebenso wie ich das Pigment zu entfernen gesucht (durch Chlor und nascierenden Sauerstoff), um die Zellnatur des pigmentierten Gebildes zu erweisen, und er glaubt diesen Nachweis geführt zu haben, obgleich es ihm nur gelang, nach der Depigmentation einen Kern zu färben. Dies ist selbstverständlich

die Aufmerksamkeit darauf gelenkt war, hauptsächlich am menschlichen Haar die Pigmentzellen nachzuweisen. Er fand dieselben nun in Form „grofser langgestreckter Pigmentzellen den äufseren Zellen der äufseren Wurzelscheide ganz dicht anliegend.“ Wie MEYERSOHN aber dazu kommt zu behaupten, UNNA hätte vor ganz kurzer Zeit die Zellennatur dieser Pigmentzellen bestritten und sie für einfache Ausgüsse der interepithelialen Saftlücken mit Pigment erklärt, ist mir nicht verständlich. Wie mir scheint, hat derselbe UNNAS Kritik in den *Monatsheften* nur oberflächlich gelesen; denn sonst hätte er bemerken müssen, dafs UNNA es für möglich hält, dafs einerseits durch Pigmentanhäufung in den interepithelialen Saftlücken leicht einmal eine Zelle vorgetäuscht werden könnte, andererseits die sogenannten „Chromatophoren“ der Oberhaut noch nicht durch scharfe Beweisführung vor jeder Antastung sicher gestellt wären. Wenn übrigens MEYERSOHN überzeugt gewesen wäre, dafs ein solcher Beweis bereits geliefert sei, dann hätte er ja offenbar seinen im übrigen sehr wertvollen Beitrag zur Pigmentfrage nicht geliefert.

Wenn wir jetzt noch einmal einen Blick auf das Untersuchungsmaterial der früheren Autoren zurückwerfen, so werden wir finden, dafs hier alles Pigmentierte in bunter Reihenfolge untersucht worden ist, und die Schlüsse und Befunde ohne jedes Bedenken verallgemeinert worden sind. Es ist aber wohl nicht von der Hand zu weisen, dafs der Pigmenttransport an den verschiedenen Objekten in verschiedener Weise vor sich gehen könnte, und nicht eine einzige der besprochenen Theorien für alle Fälle Gültigkeit besitzen müsse. Ich habe meine Untersuchungen sämtlich an Präparaten der menschlichen pigmentierten Haut angestellt ohne Zuhülfenahme der Haare und der Epidermis von Tieren. Zwar sah ich gleich von vornherein, dafs die Untersuchungen viel schwieriger, und die Ergebnisse vielleicht geringer sein würden; allein ich ging, wie schon erwähnt, von der Absicht aus, eine Einteilung der circumscripten Pigmentflecke der menschlichen Haut auf anatomischer Basis zu erzielen. Man gestatte mir darum, hier noch einen historischen Rückblick auf diese Pigmenterkrankungen zu werfen.

---

noch kein Beweis, dafs es sich um eine Pigmentzelle gehandelt habe, dazu gehört vielmehr der Nachweis eines protoplasmatischen Zellleibes mit Hilfe nachträglicher Färbung, wie es UNNA bereits in seiner Kritik über die bisherigen Pigmentarbeiten verlangt hat. Ich kann besonders deshalb den einfachen Nachweis eines Kernes innerhalb pigmentierter Haufen im Epithel als Beweis für die Existenz von Pigmentzellen nicht anerkennen, da bekanntlich ebensowohl Wanderzellen wie freie Pigmentkörner in die interepithelialen Saftspalten hineingelangen; wenigstens hätte MEYERSOHN sich über die Natur der gefärbten Kerne im Epithel äufsern sollen, wie mir (s. Fig. 4 b) der Nachweis eines gefärbten Wanderzellenkerns innerhalb des Pigments an der Grenze des Epithels in der That geglückt ist. Hiermit fallen natürlich auch die Schlüsse, welche MEYERSOHN für die Pigmentzellentheorie aus seinen Befunden ableitet.

In den Schriften des Altertums und des Mittelalters finden wir diese Hautanomalien nur sehr oberflächlich behandelt. Erst Hebra, welcher auf so vielen Gebieten der Hautkrankheiten die Bahn ebnete, versuchte in seinem Lehrbuch[17] eine rationelle Einteilung dieser Hautanomalien zu geben. Er unterscheidet zwischen angeborenen und erworbenen Pigmentflecken. Die ersteren bezeichnet er mit „Naevi", die letzteren mit „Lentigines" und „Chloasmata". Weiter hält Hebra die angeborenen Pigmentflecke für seltene Vorkommnisse und stützt diese Anschauung durch die Beobachtung, dafs man bei neugeborenen Kindern verhältnismäfsig selten Pigmentflecke im Vergleich zu Erwachsenen sieht. Hier kann ich die Bemerkung nicht unterlassen, dafs die „Naevi" doch wohl häufiger sind, als Hebra anzunehmen geneigt scheint. Wenn man erwägt, dafs diese Male häufig genug kaum die Gröfse einer Linse erreichen, so wird man sich sagen können, wie winzig klein die ersten Andeutungen bei neugeborenen Kindern sein müssen. Es ist also kein Wunder, dafs dieselben oft übersehen werden.

Weit schlimmer sieht es mit den erworbenen Pigmentflecken aus, über welche in den Lehrbüchern die gröfste Verworrenheit herrscht. Sie erklärt sich aber zur Genüge, wenn man die älteren Vorstellungen über Pigment überhaupt kennt. Hebra sagt:[18]

„Gleichviel, ob sich das Pigment als physiologisches oder pathologisches vorfindet, stellt sich dasselbe nicht als eine in Zellen eingeschlossene, dunkel gefärbte Flüssigkeit oder Masse dar; sondern in Gestalt auf anderweitigen Epidermiszellen aufliegender Pigmentmoleküle; und es ist darum das Pigment in der Haut immer mechanisch an das Horngewebe gebunden."

Wie wenig diese Darlegung mit unsern heutigen Anschauungen übereinstimmt, geht schon zur Genüge aus dem Vorhergehenden hervor. Sie ist uns aber nötig, um die nun folgende Definition für Lentigines[19] zu verstehen.

„Wir würden vorschlagen", so sagt er auf der folgenden Seite, „mit diesem Namen alle jene Pigmentierungen zu belegen, welche meist im Gesichte und an den Armen, überdies aber auch an jeder andern Stelle der Hautoberfläche vorzukommen pflegen, und sich in Gestalt nadelkopf- bis linsengrofser gelber bis gelbbrauner Flecke äufsern."

Weiter versucht er dann darzuthun, dafs man keinen Unterschied zwischen Ephelis und Lentigo machen dürfe, da auch die ersteren persistente Linsenmäler seien, die nicht durch den Einfluſs des Sonnenlichtes hervorgerufen werden und daher auch als Lentigines bezeichnet werden müssen. Wie weit dies auf Grund mikroskopischer Präparate aufrecht

[17] *Lehrb. d. Hautkrankheiten.* 1876. Bd. II. pag. 1 u. ff.
[18] Ebendas. pag. 4.
[19] Ebendas. pag. 5.

zu erhalten ist, werden wir unten sehen. Doch kann ich nicht umhin, hier schon zu bemerken, dafs es ein wenig willkürlich ist, jene vereinzelt, an jeder beliebigen Körperstelle vorkommenden Mäler zusammenzuwerfen mit den wahren Sommersprossen.

Unter Sommersprossen verstehe ich jene graugelben bis gelbbraunen, niemals erhabenen Flecke, welche, dichtgedrängt, das Gesicht oder die Hände der Menschen zwischen dem achten und vierzigsten Lebensjahr vorwiegend im Sommer befallen. Diese Flecke pflegen niemals an anderen der Sonne nicht ausgesetzten Körperstellen aufzutreten. Wenn man dagegen einwendet, dafs dieselben bei genauerer Betrachtung auch im Winter zu sehen seien, so finde ich das ganz selbstverständlich. Wie lange dauert es nicht, bis eine abnorme Pigmentation nach einer andern Hauterkrankung sich zurückbildet? Häufig Monate, bisweilen Jahre. Warum sollen sich nun die Sommersprossen, bei denen doch die ganze Erkrankung in der abnormen Färbung liegt, sich rascher zurückbilden? Jetzt kommt noch hinzu, dafs bei diesen jedenfalls prädisponierten Leuten immer die Involution durch die regelmäfsig wiederkehrende Schädlichkeit unterbrochen wird. Wenn Hebra behauptet, Sommersprossen an den unbesonnten Genitalien gesehen zu haben, so ist er uns den Beweis schuldig geblieben, dafs es sich hier nicht um Lentigines, sondern um wahre Epheliden gehandelt habe, und diese Beweisführung wäre ihm wohl auch schwer geworden, da er einen Unterschied zwischen Lentigines und Epheliden nicht kennt. Als ferneren Beweis für die Möglichkeit eines pigmentophoren Einflusses der Sonnenstrahlen will ich nur das Xeroderma pigmentosum anführen. Seitdem wir mit dieser Erkrankung bekannt geworden sind, wird der Zweifel Hebras wohl überall als nicht zutreffend angesehen.

Von den Sommersprossen unterscheiden sich nun die Linsenflecke dadurch, dafs dieselben an entblöfsten Körperstellen nicht häufiger vorkommen als an bedeckten, niemals dichtgedrängt stehen und stets das Niveau der umgebenden Haut um etwas überragen, was besonders bei der Betrachtung mit der Lupe deutlich hervortritt.

Die Anschauung Hebras, dafs sich mikroskopisch kein Unterschied zwischen den verschiedenen Pigmenterkrankungen der Haut finden lasse, zieht sich nun wie ein roter Faden durch alle Lehrbücher hindurch, von denen hier zunächst Kaposi[20] erwähnt werden soll:

„Ein wesentlicher Unterschied zwischen den eigentlich kongenitalen Pigmentmälern und den in den ersten Lebensmonaten und Jahren auftauchenden Linsenflecken und Sommersprossen besteht weder anatomisch noch im Verlauf.“

[20] III. Aufl. 1887. pag. 585.

Allerdings kann KAPOSI nicht umhin, zuzugeben, dafs ein Unterschied bestehe, wenn auch nur ein unwesentlicher. Ist es darum aber auch zu rechtfertigen, diesen unwesentlichen Unterschied ganz unberücksichtigt zu lassen?

Ähnlich äufsert sich LESSER in *Ziemssens Handbuch d. spec. Pathol. u. Therapie*: [21]

„Von den angeborenen Naevis lassen sich die Lentigines überhaupt nur unterscheiden, wenn man die Entstehung der letzteren erst während des extrauterinen Lebens beobachtet."

Und auf der folgenden Seite:

„Der anatomische Befund (bei den Epheliden) zeigt, dafs es sich wesentlich um eine Vermehrung des epidermoidalen Pigments ohne Pigmentanhäufung im Korium handelt."

Von demselben Autor erfahren wir in seinem *Lehrbuch d. Hautkrankheiten:* [22]

„Die anatomische Untersuchung (der flachen Naevi) zeigt aufser einer abnorm starken Pigmentierung der auch normaler Weise pigmentführenden tiefen Schicht des Rete mucosum eine mehr oder weniger starke Pigmentanhäufung im Korium."

NEUMANN äufsert sich bei Naevus spilus und verrucosus folgendermafsen: [23]

„Das Pigment kommt hierbei in Form von Körnchen, Körnern und Kristallen (?) vor, welche teils frei, teils in obsolescierten Gefäfsen angehäuft sind, und erscheint im Rete Malpighii sowohl als auch in der Cutis."

Noch weniger Klarheit herrscht in den französischen Lehrbüchern. Vor HEBRA findet man ähnliche Anschauungen wie in den deutschen. Doch ist hier auch bei den späteren Forschern HEBRAS Autorität nicht so mafsgebend wie in Deutschland.

GUIBOUT [24] unterscheidet drei Arten von Naevi, einen Naevus sanguin, boutonneux und pigmentaire, welchen er die Lentigines gegenüberstellt. Hierunter versteht er Sommersprossen.

ALFRED HARDY [25] glaubt ebenfalls, dafs unter Umständen Sommersprossen, Linsenflecke und Mäler (Naevi) zu verwechseln seien. Er sagt:

„On pourrait toutefois les (er meint les éphélides, welche bei ihm unseren Lentigines entsprechen) confondre avec le lentigo, avec les naevi pigmentaires et avec certaines variétés de pityriasis."

---

[21] 1884. Bd. 14. II. Teil. pag. 166.
[22] 1886. pag. 193 u. ff.
[23] 1880. pag. 388.
[24] *Maladies de la peau.* 1879. pag. 680.
[25] Ebendas. 1886. pag. 39.

Auch Hillairet [26] glaubt, wenn er auch die Epheliden etwas genauer abgrenzt, keinen Unterschied wesentlicher Art zwischen den verschiedenen circumscripten Hautpigmentierungen auf Grund der Anatomie machen zu dürfen. Auffällig ist, dafs er im Gegensatz zu den anderen Autoren die Epheliden für angeboren hält. Dagegen trennt er makroskopisch diese Hautpigmentierungen sehr scharf. Ich lasse daher einen gröfseren Abschnitt wörtlich folgen:

„Ces macules appartiennent à plusieurs affections distinctes.

En premier lieu elles peuvent résulter d'une altération dans la distribution du pigment à la surface de la peau. Leur coloration varie de la terre de la Sienne avec brun maron. A cette classe appartiennent les taches de rousseur ou lentigines, petites plaques arrondies, ressemblant à les lentilles, que l'on rencontre de préférence sur les peaux très fines et chez les personnes qui ont les cheveux blonds ou roux; elles peuvent se généraliser, mais leur confluence est marquée surtout au visage et à la face dorsale des mains. Remarquons, dès maintenant, que ce lentigo, qui est presque toujours congénital, dans certains cas cependant peut être acquis.

Conjointement aux lentigines, on observe encore d'autres taches indolentes, legèrement élevées et ne s'effaçant pas sous la pression du doigt. Elles dépendent aussi d'une altération dans la distribution du pigment. Nous voulons parler des naevi pigmentaires. Ils se rencontrent partout à la surface des téguments."

So viel von französischen Autoren. Wenden wir uns jetzt zu den englischen. Hier finde ich die ersten Andeutungen in dem Lehrbuch von Th. Bateman, welches mir in deutscher Übersetzung [27] vorliegt. Derselbe sagt:

„Lorry und einige Schriftsteller haben sich abgemüht, zwischen den Lentigines und Sommersprossen Unterscheidungen zu machen, doch scheinen gar keine wesentlichen Verschiedenheiten zwischen ihnen stattzuhaben, und alle älteren Schriftsteller haben sie mit Recht zusammen abgehandelt."

Jonathan Green [28] versucht dann in seinem Lehrbuch den Namen Ephelis ganz zu beseitigen und stellt 2 Gruppen von Hautpigmentierungen auf: eine kleinfleckige, wozu er Lentigines, kleine Naevi, Sommersprossen zählt (Freckle) und eine grofsfleckige, worunter er die diffuseren Pigmentierungen der Chloasmata versteht (Liver Spot). Wir lesen bei ihm:

---

[26] *Traité théor. et prat. des Malad. de la peau.* 1881. pag. 60.

[27] *Prakt. Darst. d. Hautkrankh. nach d. System von Dr. Willan v. Bateman.* Übersetzt von Calmann. 1835. pag. 373.

[28] *Pract. Comp. of the Diseas. of the Skin.* 1838. pag. 224.

„Ephelis: This word is often used in two senses; in the one it is taken as synonymous with lentigo, or with no greater diversity of meaning, than as signifying a less permanent kind of freckle, developed under in the influence of exposure to the sun und weather; in the other it is employed to designate the partial discoloration, which I shall proceed to describe under the title of Chloasma; Liver spot.“

Erasmus Wilson [29], welcher mir ebenfalls in deutscher Übersetzung vorliegt,. schreibt auf Seite 451:

„Epheliden entwickeln sich auf den Teilen des Körpers, welche, wie das Gesicht, der Hals, die Schultern, die Hände u. s. w. nicht von Kleidungsstücken geschützt sind, in kleinen Flecken von unregelmäfsiger Form und von einem verschieden schattierten Braun.“

Und weiter unten:

„Die Lentigines haben ihren Sitz im Rete mucosum und sind auf denjenigen Teilen des Körpers am zahlreichsten verteilt, welche, wie das Gesicht, der Hals, die Hände u. s. w. dem Licht ausgesetzt sind.“

Wo bleibt da aber der Unterschied? Einfacher wäre es gewesen, zu schreiben: „Epheliden oder Lentigines entwickeln sich“ u. s. f.

Infolge dieser eigentümlichen Darstellungsweise des Übersetzers sah ich mich veranlafst, den Autor in seiner Ursprache nachzulesen, fand aber dieselbe Ansicht, welche er auch noch, nur in etwas anderen Worten, in seinen *Lectures on Dermatology* [30] vertritt.

Tilbury Fox [31], welcher sich sonst eng an Wilson anschliefst, gibt zu, dafs Lentigines auch an bedeckten Hautstellen vorkommen.

„Lentigo. — This is known as freckles. The seat of the pigment deposit is the rete mucosum: it is often congenital, and of varying extent and distribution; generally, however it consists of round yellowish spots, the size of split peas and less, not only on the parts exposed, but also those covered by the dress.

Ephelis. — In this particular variety of discoloration the pigment deposit is excited by the sun's rays.“

Duncan Bulkley [32] sagt:

„Lentigo, chloasma, melanoderma, morbus Addisonii, and naevus pigmentosus; all exhibit hypertrophy of pigment, deposited in varying degree and manner in the deeper cells of the rete Malpighii.“

Diese Worte sprechen genügend für sich, so dafs es keiner weiteren Hinzufügung bedarf.

---

[29] *Die Krankheiten der Haut.* Übersetzt von Schröder. 1850. pag. 451 u. ff.
[30] 1871/1873. Bd. I. pag. 109.
[31] *Skin Diseases.* 1873. pag. 402 u. 403.
[32] *Diseases of the Skin.* 1882. pag. 212.

Als letzter soll nun noch M'Call Anderson [33] erwähnt werden, welcher Hebra sehr genau kennt und sich eng an ihn anschliefst. Wir finden dort ganz dieselben Ansichten, wie sie oben schon bei Hebra citiert sind.

Bevor ich jetzt zu der Darlegung meiner eigenen Befunde komme, kann ich nicht umhin, noch kurz zweier Arbeiten zu gedenken, welche sich speciell mit den circumscripten Hautpigmentierungen eingehender beschäftigen. Es ist dies zunächst diejenige Demiévilles, [34] welcher die „Linsenflecke" genau studierte. Er kam an der Hand seiner Präparate zu folgenden Schlüssen:

Die Hauptveränderungen in den Linsenflecken bestehen in einer Pigmentablagerung in der Epidermis und dem Korium und Zellanhäufung in dem letzteren. Diese Kernhaufen und -stränge sollen sich ausnahmslos in der papillaren und subpapillaren Schicht des Koriums finden und hier mit den Gefäfsen verlaufen. Gleichzeitig sind die letzteren verändert; teilweise ganz oblitteriert, teilweise ist ihr Lumen stark beeinträchtigt. Ihre Endothelkerne sind verdickt. In der Nähe derjenigen Gefäfse, deren Adventitiae nicht sehr stark mit Zellhaufen infiltriert sind, finden sich meistenteils die Pigmentanhäufungen. Er hält es für das Wahrscheinlichste, dafs das Pigment gröfstenteils in Zellen eingeschlossen ist. Niemals aber fand er Pigment im Kern. Die Form desselben erinnerte häufig an rote Blutkörperchen, und Demiéville glaubt hieraus und aus der Lagerung des Pigments in der Nähe der Blutgefäfse den Schlufs machen zu dürfen, das Pigment stamme vom Blut ab.

Die andere Arbeit, welche ich hier kurz vorführen mufs, behandelt einen „Fall von Naevus congenitus mit excessiver Geschwulstbildung," welchen R. von Planner [35] publiziert hat. Hier interessiert uns nur der mikroskopische Befund der kleinen Pigmentflecke, welche über den ganzen Körper zerstreut sich fanden. Die Resultate stimmen zum gröfsten Teil mit denen Demiévilles überein. Nur waren die Kerninfiltrate der Cutis weit mäfsigere als bei den „Linsenflecken." v. Planner fand auch das Pigment zum gröfsten Teil in Zellen eingeschlossen, bisweilen dagégen doch im Gewebe in einzelnen oder gruppierten Körnchen zerstreut. Auch bestätigt er die Kugelgestalt dieser Körnchen und findet die Kerne stets frei von Pigment. Es ist dies von um so gröfserer Bedeutung, als gerade in neuester Zeit wieder Mertsching das Pigment aus dem Zellkern entstehen lassen will.

Die Form der Pigmentzellen, welche Planner fand, war sehr verschieden. „Bald waren sie rundlich, bald länglich, oft dünn und faden-

[33] *Diseases of the Skin.* 1887. pag. 22.
[34] Über die Pigmentflecke der Haut. *Virchows Arch.* 1880. Bd. 81. pag. 333.
[35] *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1887. XIV. Jahrg. pag. 449.

förmig ausgezogen, gewöhnlich birn- oder keulenförmig, oft unregelmäfsig sternförmig und dann auch manchmal mit benachbarten Pigmentzellen anatomosierend.“ [36] Diese Veränderungen fand auch er, wie Demiéville, hauptsächlich in dem papillaren und auch noch im subpapillaren Gewebe, während die tieferen Schichten der Cutis normal waren. Doch waren bei diesen Naevis die Pigmentzellen nicht so absolut auf die Umgebung der Gefäfse beschränkt, und ferner fand Planner ihr Lumen niemals verschlossen.

Bevor ich jetzt den Resultaten früherer Forscher meine eigenen Befunde anreihe, will ich kurz ein paar Worte über das benutzte Material und die Methode, welche ich bei meinen Untersuchungen in Anwendung zog, sagen. Meine Präparate sind sämtlich der menschlichen Haut entnommen und umfassen

1. Epheliden, — 2. Lentigines, — 3. Naevi, — 4. Chloasmata, — 5. Normale pigmentierte Haut, — 6. Mulattenhaut, — 7. Grenzgebiet zwischen pigmentierter und farbloser Haut vom Perineum eines Alkoholikers und 8. eine pigmentierte Narbe.

Was die Präparate No. 4—8 angeht, so wurden dieselben nur zum Vergleich herangezogen und bedürfen daher keiner weiteren Bemerkung. Was die Epheliden angeht, so sind entsprechend meiner obigen Definition nur solche aus dem Gesicht, und zwar von der Wange, Stirn-, Nasengegend und dem Augenlid jugendlicher Individuen im Alter von 15 bis 35 Jahren, benutzt worden. Zum Vergleich wurde einem 15jähr. Knaben ein vereinzelt stehender „Linsenfleck“ von der Clavicula entfernt, nachdem bereits Epheliden aus seiner Wange untersucht waren. Die übrigen Lentigines, sowie die Naevi und sonstigen Präparate stammen aus der Sammlung des Herrn Dr. Unna. Unter den Naevis nahmen zwei ganz besonders das Interesse in Anspruch; der eine durch seine tiefschwarze Farbe, der andere, weil er von einem erst 7 Jahre alten Kinde stammte.

Die Präparate wurden sämtlich in absolutem Alkohol gehärtet, in Celloidin zum Schneiden eingebettet. Als Färbemethoden versuchte ich eine ganze Reihe mit Saffranin, Karbolfuchsin etc.; kam aber schliefslich immer zum Hämatoxylin und Pikrokarmin zurück, welche sich für meinen Zweck als die tauglichsten erwiesen. Um die Zellnatur der zum Teil recht dunkel pigmentierten Präparate zu erweisen, benutzte ich die von Unna in seinen *Monatsheften* [37] angegebene Methode. Sie besteht darin, dafs man das stark mit Hämatoxylin gefärbte Präparat mit Wasserstoffsuperoxyd langsam entfärbt. Zu diesem Zweck läfst man die Präparate

[36] Ebendas. pag. 461.
[37] 1889. Bd. VIII. pag. 374.

24 Stunden in einer nicht zu starken Hämatoxylinlösung liegen. Dann bringt man das Präparat unter das Mikroskop, sucht sich eine nicht zu dunkel pigmentierte Stelle aus, an welcher das Pigment die Zellform darbietet. Es kommt jetzt darauf an, genau zu beobachten, ob während der Entfärbung die Zelle unverändert ihre Gestalt beibehält, und der Kern hervortritt. Da die Entfärbung häufig mehrere Tage, ja selbst 8 Tage in Anspruch nehmen kann, so ist ratsam, sich die Stelle vor der Einwirkung von H_2O_2 genau aufzuzeichnen. Weiter an der Hand dieser Figur anfangs alle paar Stunden, später 2 bis 3 mal am Tage das Präparat zu kontrollieren. Ist dann das Präparat nach mehrtägigem Aufenthalt in Wasserstoffsuperoxyd fast vollständig entfärbt, so dafs die Umrisse der Zellen eben noch mit Mühe zu erkennen sind, so zeichne man die Figur abermals. Dann färbe man das Präparat mit Hämatoxylin, falls Doppelfärbung erwünscht, auch mit Pikrokarmin nach, um den nun erst möglichen Nachweis zu erbringen, ob sich an der Stelle des entfärbten Gebildes wirklich eine Zelle befunden habe. An meinen Präparaten stellte sich dann heraus, dafs das Pigment, besonders an Stellen, wo es sehr dicht in Haufen lag, noch lange nicht vollständig geschwunden war, während es an nicht so stark pigmentierten Stellen häufig, ohne irgend eine Spur zu hinterlassen, verschwand.

Mittelst dieser Methode gelangte ich nun an meinen Präparaten zu folgenden Resultaten.

Unterwerfen wir zunächst die Naevi einer genaueren Betrachtung, so fand ich hier, wie auch von vornherein zu erwarten war, die stärkste Pigmentablagerung unter allen Präparaten, sowohl in der Epidermis wie in der Cutis. Das Verhalten der beiden letzteren zu einander war kein normales. Die Epithelleisten sind in unregelmäfsiger Weise gewuchert, und der Papillarkörper ist demgemäfs ebenfalls regellos gestaltet. Schmale Papillen wechseln mit breiten ab, tief eindringende Epithelleisten mit flachen. Diese Verhältnisse sind durch den Vergleich der pigmentierten Stelle mit der pigmentlosen Nachbarschaft, welche einen regelmäfsigen Papillarkörper aufweist, zu erkennen. Diese Unregelmäfsigkeit findet sich, wenn auch in sehr verschiedenem Grade der Ausbildung, bei allen Naevi pigmentosi. Die Hornschicht ist an manchen Präparaten stark verdickt, an anderen normal. Auffällig ist auch, dafs die Stachel- und Körnerschicht an manchen Präparaten nur von wenigen Zelllagen gebildet wird. Wenn wir uns jetzt fragen, wo das Pigment seinen Hauptsitz hat, so führt schon eine oberflächliche Durchmusterung der Präparate dazu, dafs die Hauptablagerung desselben in den untersten Schichten der Epidermis und den angrenzenden Cutispapillen stattgefunden hat. Nur bei sehr stark pigmentierten Naevi fand ich die ganze Subpapillarschicht und die obere Hälfte der Cutis noch mit dichtem schwarzen Pigment erfüllt, so

dafs man an etwas dickeren Schnitten überhaupt keine Vorstellung über die Anordnung des Pigments gewinnen konnte. Aber auch an sehr feinen Schnitten findet man bei solchen Pigmentnaevi noch so grofse Schollen von Pigment, dafs man auf den ersten Blick einen Aufschlufs über die Lage innerhalb oder aufserhalb Zellen für unmöglich halten möchte. Hier darf ich eine Beobachtung nicht unerwähnt lassen, welche meines Wissens noch nirgends mitgeteilt ist, welche mir aber für die Herkunft des Pigments aus der Lederhaut beweisend zu sein scheint. Ich fand nämlich, dafs an der Peripherie der Naevi das Pigment in der Cutis häufig eine kleine Strecke weiter gegen die unpigmentierte Nachbarschaft vorspringt als das Pigment in der angrenzenden Epithelschicht. Dasselbe Verhältnis fand ich wieder an der Pigmentgrenze eines Hautstückes, welches vom Perineum eines stark pigmentierten Alkoholisten entnommen war. Dieser Befund scheint mir für die Theorie, dafs alles Pigment der Oberhaut aus dem Korium stamme, nicht unwichtig zu sein. Denn bei vielen Pigmentierungen der Oberhaut gelingt es einem überhaupt nicht, oder nur schwierig, Pigment in der Lederhaut nachzuweisen, wodurch die Theorie der metabolischen Entstehung des Pigments innerhalb der Oberhaut scheinbar an Wahrscheinlichkeit zunimmt. Um so wichtiger ist es nun, dafs dort, wo dem Epithelpigment eine ausgedehntere pigmentierte Zone in der Cutis entspricht, auch die sonstige Beschaffenheit des Pigments in der Cutis die Theorie vom Transport aus der Cutis in die Oberhaut unterstützt. Wollte man nämlich in diesen Fällen annehmen, dafs das Cutispigment umgekehrt aus der Oberhaut zurücktransportiert sei, so wäre es schwer zu erklären, dafs das Pigment in den bindegewebigen Cutiszellen nur in Form gröfserer Klümpchen vorkommt, während die nächsten Epithelien dasselbe als allerfeinste Körnchen enthalten. Die Klümpchen sind meist von runder Gestalt, und viele haben in der That etwa die Form etwas verkleinerter roter Blutkörperchen. Ob wir hieraus mit Demiéville zu schliefsen berechtigt sind, dafs diese Klümpchen direkt von zerfallenden roten Blutkörperchen herrühren, dafür fand ich an meinen Präparaten keine Anhaltspunkte. Betonen mufs ich aber, dafs das aufserhalb der Cutiszellen in der Lederhaut zerstreute, freie Pigment häufiger die Gestalt von gröfseren Platten und Schollen besitzt, die keinesfalls sich für einen solchen direkten Übergang verwerten lassen.

Jetzt komme ich zu der schwierigsten Frage: war das Pigment ausnahmslos in Zellen? Eine Frage, welche ich sowohl für die Epidermis wie für die Cutis verneinen mufs. Ich gebe gern zu, dafs die menschliche Oberhaut kein günstiges Objekt für die Entscheidung der Pigmentzellenfrage überhaupt ist, da hier die Cutiszellen ja nur einen geringen Umfang besitzen; doch läfst es sich nicht leugnen, dafs diese Fragen für den Menschen schliefslich nur an der menschlichen Oberhaut entschieden

werden können. Wenden wir uns zunächst der Cutis zu, so schliefse ich mich rückhaltlos der Meinung aller Autoren an, dafs die Bindegewebszellen derselben Pigment führen. Dies fand ich auch an den Naevis vollkommen bestätigt. Doch fiel mir an den Präparaten auf, dafs einzelne Pigmentschollen durchaus nicht der Zellform entsprechen, und dafs an anderen Stellen einzelne Körnchen und Körner in nächster Nähe einer Zelle, aber aufserhalb derselben lagen. Bei den letzteren bedurfte es keines besonderen Beweises, dafs es sich um freies Pigment handle, wohl aber bei den ersteren. Ich liefs H_2O_2 auf solche Schollen einwirken und sah mehrfach, dafs allerdings eine Zelle unter der Scholle sich verbarg; dieselbe entsprach aber nicht der Form des darüber gelagerten Pigments. Hier gibt es nun nur einen Ausweg für diejenigen, welche alles Pigment an Zellen gebunden wissen wollen. Sie müfsten behaupten, dafs diese grofsen Klumpen der Pigmentnaevi nicht einer Zelle, sondern dem zufälligen Abschnitte eines Komplexes benachbarter Pigmentzellen entsprächen. Aber auch dieser Ausweg wird durch die Beobachtung der successiven Entfärbung und durch sekundäre Färbung verlegt, da nach derselben nicht unregelmäfsige Zellabschnitte, sondern regelrechte Konturen einzelner Bindegewebszellen hervortreten. Weiter sah ich an andern Stellen der Cutis Zellanhäufungen, auf deren Bedeutung ich weiter unten zu sprechen kommen werde, zwischen denen das Pigment gleich einer Intercellularsubstanz streifen- und netzförmig angehäuft lag. Mit H_2O_2 gelang es mir dasselbe zu entfernen. Die Zellen blieben unverändert mit den entsprechenden Gewebslücken dazwischen (cf. Fig. 3. u. 4, c).

Viel schwieriger gelingt es, die Zellennatur der sogenannten „Chromatophoren" im Epithel nachzuweisen. Ich will nun gleich bemerken, dafs, soweit ich überhaupt an meinen Präparaten Pigmentzellen durch die Depigmentationsmethode hier nachweisen konnte, dieselben stets an der Grenze zwischen Epithel und Cutis lagen und nur mit Ausläufern, welche aber niemals eine bedeutende Länge erreichten, in das Epithel hineinragten. Dies stimmt aber genau mit den Angaben Meyersohns[38], so weit derselbe die menschliche Oberhaut darauf hin untersucht hat, und soweit seine Schlüsse bei seiner Methode als berechtigt anzuerkennen sind.

Aufser diesen Ausläufern findet man Pigmentstränge in den Intercellularräumen zwischen den Epithelzellen. Es wäre nun zum mindesten auffällig, wenn dies nur Ausläufer von an der Grenze zwischen Ober- und Lederhaut gelegenen Zellen wären, welche aber regelmäfsig zum gröfsten Teil weggeschnitten würden; denn diese auch von mir aufgefundenen Pigmentzellen an der Grenze sind beim Menschen sehr spärlich und stehen

[38] l. c. pag. 201. Vgl. auch Anm. 16. auf pag. 125—126.

in gar keinem numerischen Verhältnisse zu den reichlich vorhandenen Pigmentsträngen des Epithels.

Die Untersuchung solcher Pigmentstränge mit der Methode der Depigmentation und nachträglicher Färbung ergibt ausnahmslos, dafs dieselben lediglich Anhäufung von amorphen Pigmentkörnern sind. Wenn es gelingt, die letzteren durch Wasserstoffsuperoxyd zum Verschwinden zu bringen, so kann man durch nachträgliche Tinktur keinen körperlichen Rückstand an derselben Stelle der Intercellularräume nachweisen. Dieser negative Befund ist an und für sich schon absolut beweisend, wird aber nach der positiven Seite noch dadurch ergänzt, dafs es mittelst derselben Methode eben gelingt, an der Grenze von Korium und Oberhaut wenn auch nur spärliche Ausläufer von Bindegewebszellen zu entdecken.

Zur bessern Veranschaulichung dieses ausschlaggebenden Punktes sei es mir gestattet, einige einschlägige Präparate im Detail zu erläutern.

Das mit Haematoxylin gefärbte Präparat (cf. Fig. 1 u. 2) machte auf mich den Eindruck, als ob aufser den Pigmentzellen der Cutis noch zwei verästigte pigmentierte Sternzellen in der Epidermis (Fig. 1 bei a) gelegen wären. Das Präparat wurde daher sechs Tage lang mit H_2O_2 behandelt. Schon am fünften Tage war das Präparat so matt und verschwommen, dafs sich nur noch mit Hülfe der Zeichnung eine Andeutung der vermeintlichen Pigmentzellen erkennen liefs. Die Cutiszellen waren ganz unsichtbar, während die übrigen Epithelzellen noch besser durch das in ihnen befindliche Pigment zu erkennen waren. Hier machte ich, wie an allen andern Präparaten, die Beobachtung, dafs die Pigmentzellen der Lederhaut und diejenigen der Epithelgrenze, ebenso wie die mit Pigment gefüllten Intercellularräume ihr Pigment leichter abgeben, als die pigmentierten Epithelzellen. Mir schien diese Beobachtung von Interesse, da sie eine Analogie in dem Umstande findet, dafs wir bei den meisten Pigmentaffektionen der Haut die Cutis fast ganz frei von Pigment finden, während die Epithelzellen sehr viel davon führen. Es ist nicht unmöglich, dafs das Pigment sich im Epithel nicht nur anhäuft, sondern hier auch weniger leicht zerstörbar ist, besser festgehalten wird als in den Zellen des Koriums und in den Lymphräumen der Ober- und Lederhaut. Als dieses Präparat dann nachgefärbt wurde, stellte sich heraus, dafs die Ausläufer verschwunden waren. (Fig. 2 bei a.)

Das nächste Präparat betrifft einen sehr dunkel gefärbten Naevus, welcher darum schwieriger zu deuten war. Vor jeder Einwirkung des Wasserstoffsuperoxyds einfach mit Haematoxylin gefärbt, wählte ich eine verhältnismäfsig schwach pigmentierte Stelle der Peripherie zur Beobachtung aus.

Dort sah ich grofse Pigmentanhäufungen in der Cutis, über deren zellige oder nichtzellige Natur sich nicht einmal eine Vermutung auf-

stellen liefs. Dagegen erweckten die Pigmentanhäufungen an der Grenze bei mir den Verdacht, dafs es sich dort event. um Pigmentzellen handle, zumal da ich Kerne aus der Masse des Pigments hervorschimmern sah. Ich beobachtete das Präparat daher mehrere Tage, langsam entfärbend. Das Pigment war nach fünf Tagen geschwunden, ohne jemals recht den Eindruck von Pigmentzellen gemacht zu haben. Das Präparat wurde dann mit Haematoxylin und Pikrokarmin nachgefärbt und zeigte jetzt allerdings einige Zellen an der Grenze, welche aber durchaus nicht genau der früheren Pigmentanhäufung entsprachen, sondern kleiner waren und freie Zwischenräume zwischen sich liefsen. Es handelte sich hier also um wirkliche Pigmentzellen der Cutis, ohne Ausläufer in die Epidermis, welche in eine gröfsere Anhäufung freien Pigments eingebettet waren.

Um so günstiger war das Resultat bei dem dritten Naevus, welcher noch genau beschrieben werden soll. Derselbe stammt von einem siebenjährigen Kinde und ist auch in mancher andern Beziehung von Wichtigkeit. Zunächst fand ich an der Grenze wirkliche „Pigmentzellen", welche sich zu jeder Zeit der Behandlung haarscharf erkennen liefsen. Figur 3 stellt dasselbe nach einfacher Haematoxylinfärbung dar. Man sieht hier verschiedene Pigmentzellen in die Oberhaut hineinragen, welche offenbar den von verschiedenen Autoren als „Chromatophoren" beschriebenen verästigten Zellen entsprechen. Figur 4 zeigt nun dieselbe Stelle nach erfolgter Depigmentation und Wiederfärbung. Hier erkennen wir eine sternförmige Bindegewebszelle (a), wie KÖLLIKER sie beschrieben hat, dann eine Wanderzelle (b), wie sie RIEHL für den Pigmenttransport in Anspruch genommen hat, und weiter eine körnige (mastzellenartige) Zelle, welche ebenfalls vorher pigmentiert war. Aufserdem erkennt man, dafs zwischen diesen Zellen liegendes freies Pigment geschwunden ist; dagegen haben zwei Epithelzellen noch etwas Pigment behalten. Am meisten Interesse nimmt die Zelle (a) in Anspruch, da wir jetzt deutlich zwei fühlerartig in die Oberhaut vorgeschobene Fortsätze an ihr gefärbt erkennen, welche vorher von freien Pigmentsträngen nicht zu unterscheiden waren. Es liegt hier ein Präparat vor, nach welchem die Existenz von echten EHRMANNschen Bindegewebszellen an der Grenze zwischen Cutis und Epidermis an der menschlichen Haut nicht bezweifelt werden kann; sowie hier habe ich sie aber stets nur sefshaft an der Grenze zwischen Cutis und Epidermis gefunden. Dasselbe Präparat beweist aber auch, dafs der Transport des Pigments nicht allein an diese Zellform gebunden ist. Das intercellulare Pigment (c) der übrigen Cutis war, ohne Zellenreste zu hinterlassen, verschwunden, während die pigmentierten Spindelzellen in derselben deutlich hervortraten. (Fig. 4, d.)

Als weitere Veränderung finden wir nun bei den Naevis zunächst

eine Anhäufung von Zellen epitheloiden Charakters im Korium. Es sind dies dieselben Zellen, welche Demiéville an seinen „Linsenflecken“ beschrieben hat. Diese Zellen finden sich hauptsächlich in den Papillen und der oberen Hälfte der Subpapillarschicht, wo sie in Strängen und Haufen, gröfstenteils in der Nachbarschaft von Gefäfsen, verlaufen. Häufig sind dieselben von Pigment überdeckt, ohne darum aber auch die eigentlichen Träger oder Weiterbeförderer des Pigments sein zu müssen. Nie sah ich das bedeckende Pigment genau der Zelle entsprechen, wie etwa bei den Bindegewebszellen. Trotzdem man diese Zellen bei allen Naevis findet, so ist doch ihre Verteilung sowohl in den verschiedenen Fällen, als auch an einem und demselben Naevus an verschiedenen Stellen eine sehr ungleichmäfsige. Ich habe mich vergeblich bemüht, hier eine Regel oder irgend einen Zusammenhang der verschiedenen Verteilung der Zellhaufen mit dem Pigment oder den Gefäfsen aufzufinden. Nur soviel scheint mir sicher, dafs kein regelmäfsiges Abhängigkeitsverhältnis zwischen der Menge des Pigments und der der Zellstränge existiert; denn ich fand an vielen Stellen gerade dort das Pigment am wenigsten massenhaft vorhanden, wo die Zellstränge am schönsten ausgebildet waren, und umgekehrt. Wenn aber das Pigment auch noch so dicht gelagert ist, so wird man doch an einzelnen Schnitten in der Papillarschicht Zellhaufen finden. Weitergehende Untersuchungen werden vielleicht Aufschlufs darüber zu geben im stande sein, ob nicht ein bestimmtes Verhältnis zwischen der Zellanhäufung im Centrum und in der Peripherie besteht.

Was nun weiter die Gefäfse der Lederhaut angeht, so sind dieselben in der Papillar- und Subpapillarschicht stark hyperplastisch; ihre Endothelkerne etwas geschwellt, ohne dafs sich sonst wesentlich abnorme Zustände an derselben erkennen lassen. Dagegen sind die Zellstränge nicht ganz ohne Einfluſs auf die Gefäfse. Häufig beeinträchtigen sie das Lumen derselben sehr stark, ohne dafs ich einen direkten Verschluſs derselben durch die Zellhaufen, wie ihn Demiéville beobachtet, nachweisen konnte.

Eng an die Naevi schliefsen sich die Lentigines an, ja ich möchte sagen, die letzteren sind ein nicht ganz entwickelter Zustand, das Jugendstadium, der ersteren. Wollte ich eine Beschreibung derselben geben, so müfste ich im grofsen und ganzen das schon Gesagte wiederholen; ich will daher nur auf einige abweichende Punkte aufmerksam machen, welche aber, wie ich gleich hier bemerke, nicht ausreichen, um auf anatomischer Basis eine Unterscheidung zwischen Naevi und Lentigines zu machen.

Während die Pigmentverteilung der Epidermis sowohl wie die der Cutis im wesentlichen mit derjenigen bei den Naevis übereinstimmt, sind die Zellhaufen und -stränge in viel stärkerer Anzahl bei den Len-

tigines vorhanden, gerade so zahlreich, wie an der peripheren Zone des kindlichen Naevus. Wenn nicht die Ausdehnung und Gröfse des letzteren die Bezeichnung „Linsenfleck" verböte, so wäre er seinem anatomischen Befunde nach eher zu den Lentigines als zu den Naevis zu zählen. Es ist dies um so mehr hervorzuheben, als ich glaube, dafs Naevi und Lentigines vielleicht einer und derselben Ursache ihre Entstehung verdanken, nämlich einer angebornen Pigmentanlage an einer circumscripten Stelle. Verschlufs der Gefäfse, wie ihn Demiéville beschrieben, habe ich nicht finden können, wenn ihr Lumen auch an meinen Präparaten häufiger hochgradig verengt war. Die Hornschicht findet man oft verdickt.

Im Gegensatz zu diesen vielleicht angeborenen Pigmentanomalien circumscripten Charakters steht eine andere, vielleicht erworbene, Pigmentfleckenbildung der Haut, die Sommersprossen (Epheliden).

Das Pigment sitzt hier bei einer oberflächlichen Musterung ausnahmslos in den tiefsten Schichten der Epidermis. Doch gelingt es auch hier, wenn man viele Schnitte anfertigt, eventuell von einem und demselben Individuum mehrere Flecke untersucht, nachzuweisen, dafs vereinzelte Pigmentzellen in der Cutis vorkommen. In dieser Beziehung stimmen sie mit normaler pigmentierter Haut, Mulattenhaut, Negerhaut etc. überein und wären vielleicht mikroskopisch schwer von diesen zu unterscheiden, wenn nicht der in den Schnitt fallende Übergang der pigmentierten in pigmentfreie normale Haut darauf hinweisen würde, dafs wir es nicht mit letzteren, sondern mit einer circumscripten Pigmentablagerung zu thun haben. Hier mufs ich noch über die Mulattenhaut die Bemerkung anfügen, dafs ich bei ihr genau denselben Befund konstatieren konnte wie Kölliker[39] an der Negerhaut, und dafs die spärlichen Pigmentzellen, welche sich daselbst im Papillarkörper und in den oberen Lagen der eigentlichen Cutis vorfinden, zu den schönsten Pigmentzellen gehören, die ich überhaupt getroffen habe.

Das Pigment liegt bei den Epheliden gröfstenteils im Rete Malpighii in den Zellen der Stachel- und Körnerschicht. Ganz vereinzelt, nach langem Suchen, fand ich an der Grenze von Cutis und Epithel eine Zelle, welche einen Ausläufer ins Epithel emporschickte. (Es wurde auch hier dieselbe Methode, wie für die Naevi angewendet.) Für das Pigment zwischen den Epithelzellen gilt ebenfalls dasselbe wie bei den Naevis. Teilweise sind es Ausläufer von Zellen, teilweise einfach vom Lymphstrom in die Intercellularräume geführtes Pigment. Weiter oben — in den höheren Lagen der Körnerschicht und in der Hornschicht — treffen wir das Pigment nur in den Zellen um den Kern herumgelagert an, nie-

[39] *Sitzungsber. d. phys.-med. Ges.* vom 4. Juni 1887. pag. 3.

mals mehr zwischen denselben im Gegensatz zur Stachelschicht. Doch findet man in der Körner- und Hornschicht bei Ephelis die Pigmentkörnchen lange nicht so zahlreich wie beim Naevus. (Vergl. auch Ephelis Fig. 5.)

Während nun bei letzterem und Lentigo häufiger noch ein oder mehrere pigmentierte Epithelsprossen vorkommen, auf welche dann ein pigmentfreier Epithelzapfen folgt, so pflegt bei Ephelis die Epidermisschicht gleichmäfsig pigmentiert zu sein, bis dann wieder die normale, nicht pigmentierte Epidermis folgt (Fig 5). Sobald bei den Sommersprossen sich Pigment in der Cutis findet, so liegt es auch hier in der Nähe der Gefäfse.

Lederhaut und Gefäfse sind bei den Epheliden stets normal, wenn nicht überhaupt anderweitige Erkrankungen der Haut vorliegen.

Jetzt mufs ich noch eines Präparates gedenken, welches ich eingehend untersuchte, ohne auch im mindesten die daran geknüpften Hoffnungen in Erfüllung gehen zu sehen. Ich hatte gehofft, an Präparaten von einer pigmentierten Narbe etwas über die Herkunft des Pigments zu erfahren. Ich will hier den Befund nur kurz erwähnen, vielleicht dafs er später im Zusammenhang mit anderen zu verwerten ist; für jetzt dürfen wir aber keine Schlüsse daraus ziehen.

An sämtlichen Schnitten war die Cutis mit körnigem goldgelben, also von dem bisher beschriebenen Pigment sehr abweichenden Pigment überschwemmt, welches gewöhnlich, aber nicht ausnahmslos, körnig rund war und in seiner Gröfse sehr variierte. Dasselbe fand sich teils frei, teils in Phagocyten aufgespeichert. In einem Gefäfs fand ich einen Detritus von roten Blutkörperchen, dazwischen einzelne Wanderzellen mit Pigment, welches wohl aus diesem Detritus stammte, beladen. Die Epidermis, welche nur aus wenigen Zelllagen bestand, enthielt in der tiefsten Schicht in ihren Zelllagen gewöhnliches, körniges Pigment; wie dasselbe in die Zellen hineingelangt ist, dafür fand ich keine Anhaltspunkte.

Wenn ich jetzt die Resultate meiner histologischen Untersuchungen kurz zusammenfasse, so ergibt sich, soweit dieselben den Pigmenttransport betreffen, Folgendes:

1. Bei den umschriebenen Pigmenterkrankungen der Haut finde ich weit verbreitet in den Lymphspalten der Oberhaut und Cutis freies Pigment in Körnchen und gröfseren Schollen. Dasselbe läfst sich am leichtesten durch Wasserstoffsuperoxyd zerstören.

2. Bei allen betreffenden Affektionen finde ich in der Cutis Bindegewebszellen mehr oder weniger verbreitet, welche sich in keiner Weise von den gewöhnlichen Bindegewebszellen der Cutis unterscheiden und mit Pigment beladen sind. Dieses Pigment der Cutiszellen setzt der Zerstörung durch H_2O_2 gröfseren Widerstand entgegen.

3. Ungefähr den gleichen Widerstand bieten der Depigmentation gewisse, teils verästigte, teils nicht verästigte Bindegewebszellen, welche spärlich an der Grenze zwischen Cutis und Epidermis vorkommen und zuweilen eine kleine Strecke weit Fortsätze zwischen die Epithelien der untersten Schicht senden.

4. Pigment findet sich endlich auch intercellular in den Epithelien und zwar um den Kern herum, meist mit Bevorzugung eines Poles, angehäuft.

5. Keine Anhaltspunkte liefern mir meine Präparate
   a. für eine allmähliche, metabolische Entstehung des Pigments in den Cutiszellen oder in den Epithelien;
   b. für eine Abgabe des in den Bindegewebszellen und Epithelien aufgespeicherten Pigments nach aufsen;
   c. für eine Überwanderung von Pigment vermöge des Zusammenhangs von Zellenausläufern von einer Zelle zur andern;
   d. für die Betrauung einer speciellen Gattung von Bindegewebszellen mit der Aufgabe des Pigmenttransports.

6. Als positive Anschauung mufs ich deshalb nach meinen Präparaten dabei stehen bleiben, erstens dafs sicher freies Pigment sich in den Saftspalten der Haut befindet, und zweitens, dafs eine Reihe verschiedener Zellgattungen Pigment in sich aufzunehmen befähigt sind.

Alles drängt mich demnach zu der Annahme, dafs das Pigment der Epidermis auch beim Menschen aus der Cutis stamme. Wenn auch die Beweise nicht als sicher angesehen werden können, so spricht doch manches mehr dafür, als für die metabolische Umwandlung des Zellprotoplasma in Pigment. Ich weifs nicht, wie die Anhänger dieser Lehre das Pigment in der Cutis erklären. Denn wenn sie glauben, dafs dasselbe aus der Epidermis in die Cutis geführt werde, so wäre hierfür wohl die Lymphbahn, nicht aber die Zellen der Cutis in Anspruch zu nehmen, abgesehen davon, dafs man erstens durchschnittlich das Pigment in der Cutis in viel gröfseren Klumpen und Schollen als in den Epithelzellen findet, so dafs es auf dem Rücktransport, statt zu zerfallen, konglomeriert sein müfste, und dafs zweitens häufiger eine kleine Strecke weiter Pigment in der Cutis als in der angrenzenden Epithelschicht sich vorfindet.

Da ich nun weiter Pigmentzellen nur an der Grenze angetroffen, dagegen weiter freies Pigment in den Saftspalten gesehen habe, so glaube ich, dafs aufser den Pigmentzellen auch die Lymphbahn für die Fortbewegung des Pigments in Anspruch genommen werden mufs. Sollte sich später an anderen Präparaten herausstellen, dafs die Wanderzellen mit Pigment, wie ich sie ebenfalls nur an der Grenze von Cutis und Epithel gefunden habe, auch weiter oben vorkommen, so würde dies mit meiner Anschauung vollständig im Einklang stehen, da in den Lymph-

wegen des Epithels sich nicht allein freies, körniges Pigment, sondern auch mit Pigment beladene Wanderzellen fortbewegen können, wie sie es ja auch bei jeder Entzündung der Epidermis zu thun pflegen.

In betreff der circumscripten Hauterkrankungen kann ich meine Resultate dahin zusammenfassen, dafs sich eine scharfe Grenze zwischen Naevi und Lentigines einerseits und Epheliden andererseits sowohl makroskopisch als mikroskopisch ziehen läfst. Naevi und Lentigines kommen an jeder beliebigen Stelle des menschlichen Körpers vor, Epheliden nur an entblöfsten, dem Sonnenlicht ausgesetzten Körperteilen. Naevi und Epheliden werden makroskopisch wohl niemals mit einander verwechselt werden, wohl aber Epheliden und Lentigines. Man beachte daher folgende Unterschiede. Linsenflecke sind immer vereinzelt, befallen die entblöfsten Körperstellen nicht häufiger als die bedeckten, Sommersprossen stehen stets dicht gedrängt und nur an entblöfsten Körperteilen. Bei Betrachtung mit der Lupe wird man beobachten, dafs Lentigines sich stets ein wenig über das Niveau der umgebenden Hautpartie zu erheben pflegen, was Epheliden niemals thun. Mikroskopisch findet man bei Naevis und Lentigines stets Pigment in allen Schichten der Epidermis und in der Cutis bis in die Subpapillarschicht. Die Gefäfse der Cutis sind stets hyperplastisch, ihre Endothelkerne geschwellt. Es finden sich immer vereinzelte Zellhaufen und Zellstränge wenigstens in der Peripherie, bisweilen ist die ganze Cutis davon erfüllt. Bei den Epheliden sind Gefäfse und Cutis normal. Das Pigment findet sich nur in der Basalschicht der Epidermis; die Cutis ist gewöhnlich frei davon, bisweilen trifft man Spuren.

Zum Schlufs sei mir noch eine Bemerkung gestattet, warum ich meiner Meinung nach so wenig Pigment in der Cutis der Epheliden gefunden habe. Diese Sommersprossen sind zum gröfsten Teil am Ende des Sommers herausgeschnitten worden. Sie hatten also alle ihre Akme schon erreicht und standen im Stadium der Involution. Würde man sie dagegen vielleicht im Anfang des Sommers, wenn sie sich zu bilden, oder besser gesagt, zu exacerbieren anfangen, herausschneiden, so glaube ich, würde man in der Cutis mehr Pigment finden.

Litteraturverzeichnis:

Hebra und Kaposi. *Lehrb. d. Hautkr.* 1876. Bd. 2. pag. 1.
Neumann. *Lehrb. d. Hautkr.* 1880. pag. 387.
Ziemssens spec. Path. u. Ther. 1884. Bd. 14. II. Teil. pag. 186.
Kaposi. *Lehrb. d. Hautkr.* 1887. pag. 580.
Guibout. *Malad. de la peau.* 1879. pag. 680.
Hillairet. *Malad. de la peau.* 1881. pag. 60.
Alfr. Hardy. *Malad. de la peau.* 1886. pag. 39.

Bateman. *Prakt. Darst. d. Hautkr. nach d. Lehrb. von Dr. Willan.* Übers. von Calmann. 1835. pag. 373.
J. Green. *Prakt. Comp. of the Diseas. of the Skin.* 1838. pag. 224.
Er. Wilson. *Krankh. d. Haut.* Übers. von Schröder. 1850. pag. 451.
— *Lect. on Dermat.* 1871/73. Bd. I. pag. 109.
Tilb. Fox. *Skin diseases.* 1873. pag. 402.
Dunc. Bulkley. *Diseases of the Skin.* 1872. pag. 212.
M'Call Anderson. *Diseases of the Skin.* 1887. pag. 22.
Demiéville. Über Pigmentflecke der Haut. *Virchows Arch.* 1880. Bd. 81. pag. 333.
Nothnagel. Zur Pathologie des Morbus Addisonii. *Zeitschr. f. klin. Medizin.* 1884. Bd. 9. Heft 3 und 4.
Riehl. Zur Pathologie des Morbus Addisonii. Ebenda. 1886. Bd. 10. pag. 521.
— Zur Kenntnis des Pigments im menschl. Haar. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1884. pag. 33.
Ehrmann. Über das Ergrauen der Haare. *Wien. med. Zeitschr.* 1884.
— Untersuchungen über die Physiologie und Pathologie der Hautpigmente. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1885. pag. 507.
Kölliker. Woher stammt das Pigment in den Epidermisgebilden? *Anat. Anzeiger.* 1887. pag. 488.
— Über die Entstehung des Pigments in den Oberhautgebilden. *Sitzungsber. d. Würzb. phys.-med. Gesellsch. vom 4. Juni 1887.*
— — — *Zeitschr. f. wissensch. Zool.* 1887. Bd. 45. Heft 4.
Krause. Beiträge zur Kenntnis der Haut der Affen. Inaug.-Dissert. Berlin 1888. pag. 17.
Karg. Entwickelung und Bedeutung des Hautpigments. *Anatom. Anz.* 1887. pag. 37.
v. Planner. Ein Fall von Naev. cong. mit excessiver Geschwulstbildung. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1887. pag. 449.
Unna. Die Fortschr. der Hautanatomie in den letzten 5 Jahren (Das Pigment der Haut). *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1889. Bd. VIII. pag. 366.
Mertsching. Histologische Studien über Keratohyolin und Pigment. *Virchows Archiv.* 1889. Bd. 116. pag. 484.
Meyersohn. Zur Pigmentfrage. *Virchows Archiv.* 1889. Bd. 118. pag. 197.
Philippson. Über Hautpigment. *Fortschr. d. Medizin.* 1890. No. 6.

Besprechungen.

Die Behandlung der Hautkrankheiten mit einem Abriſs der Symptomatologie, Diagnose und Ätiologie

von Dr. L. Brocq,

besprochen von Dr. Leo Leistikow,

II.

Ekzeme.

Von den echten Ekzemen schließt Brocq aus: 1) die Veränderungen der Haut mit ekzematösem Aussehen, welche durch Reize bedingt sind und oft die Grundlage für wahre Ekzeme bilden, — er nennt sie Eruptions artificielles de cause externe —;

2. Impetigo; 3. das circinäre seborrhoische Ekzem; 4. Ekzema folliculare von Malcom Morris; 5. die Lichenerkrankungen der älteren französischen Autoren. Unter den zahlreichen Varietäten des Ekzems, welche Brocq sehr präzis und gut definiert, heben wir das in Deutschland weniger bekannte Ekzema cannelé und Ekz. craquelé hervor. Das erstere besteht aus kleinen blafsroten Plaques, welche gut begrenzt, rund oder ovalär sind und mit der Lupe concentrische Riefen erkennen lassen; das andere ist charakterisiert durch Risse oder Furchen, die sich in Rhombenform untereinander kreuzen und die, rötlich gefärbt, meist trocken und mit feinen Schuppen oder Krusten bedeckt sind. Von dem sog. Ekzema impetiginosum nimmt Brocq an, dafs es bei lymphatischen Personen vorkäme. Auch Unnas Ekzem. tuberculos. gehört nach Brocq hierher. Weitere Varietäten sind dann noch das nervöse Ekzem und das Ekz. seborrhoic. Unna. Von dem letzteren gibt Brocq eine ausgezeichnete Beschreibung. Ein Seborrhoiker prädisponiert zum Ekzem. Ist die Seborrhoe an manchen Körperstellen stark entwickelt, so wird dort ein locus minoris resistentiae geschaffen und es entsteht daselbst ein Ekzem. Gewisse Parasiten geben die Ursache für die Reizung ab und können sogar die deutliche Umschriebenheit, das Circinäre der Affektion veranlassen. Da es nun, wie bekannt, oft sehr schwer ist, echte Psoriasis von Ekzema seborrhoicum zu unterscheiden, so stellt Brocq hierfür folgende interessante Hypothese auf: Ein Seborrhoiker neigt zu Psoriasis. Auch sie entwickelt sich an den durch die Seborrhoe geschaffenen Stellen mit Vorliebe. Eine solche Psoriasis ist also modifiziert durch die betr. Parasiten und die Maceration der kranken Partieen. Es handelt sich also um eine Mischform. Dasselbe gilt übrigens nach Brocq auch für die Syphilide, die Pityriasis rosée Gibert etc. Nach Brocqs Ansicht ist Unnas Ekzem sehr gut definiert, aber als eine Krankheitseinheit kann er es nicht ansehen, da es für ihn folgende Krankheiten einschliefst: 1. reine Seborrhoe, 2. durch die bestehende Seborrhoe und die Anwesenheit von Parasiten modifizierte Ekzeme. Vom praktischen Standpunkt aus erkennt Brocq die hohe Wichtigkeit von Unnas Ekzem völlig an.

Es würde zu weit führen auf die nähere Schilderung der Ekzeme einzugehen, wir können uns nur darauf beschränken, das Wichtigste und das für den deutschen Leser Interessante hervorzuheben.

Brocq glaubt nicht, dafs das Ekzem eine reine lokale Krankheit ist. Er weist auf den Zusammenhang hin, den dasselbe mit schlechter Ernährung des Gesamtkörpers, mit viszeralen Erkrankungen hat. Ist das Blut mit Auswurfsstoffen, Leukomainen etc. verdorben, so können diese ebenso wie ein Medikament Eruptionen auf der Haut verursachen. Oft auch ist das Ekzem an skrophulöse, resp. arthritische Konstitution, an das Nervensystem, die Lebensweise etc. gebunden.

Bezüglich der Allgemeinbehandlung ist auf die allgemeine Konstitution, auf hereditäre Krankheiten etc. Rücksicht zu nehmen. Bei Ekzemen der Arthritiker gibt Brocq daher z. B. alkal. Mineralwässer, Lithion etc. Ist das Nervensystem stark angegriffen, so gibt Brocq die rad. Valer., Castor. oder Asa foetida. Sehr wichtig ist die Regelung der Nahrungsweise. Jede schwer verdauliche Speise ist zu untersagen. Jede Verdauungsstörung ist schnell zu beseitigen. Bei chronischem recidivierenden Ekzem sind die Abführmittel von der gröfsten Wichtigkeit.

Anläfslich der lokalen Behandlung warnt Brocq vor den reizenden Mitteln im Anfange.

Die Behandlung des akuten Ekzems. Hier werden eine grofse Zahl von Bädern, besonders Kleien- oder Stärkebäder empfohlen, ferner Waschungen, Stärkemehlkataplasmen, Dunstverbände mit Stärke, flores tiliae, sambuc. etc. mit oder ohne Borsäurezusatz. Werden diese nassen Umschläge schlecht vertragen, so tritt die Puderbehandlung in ihre Rechte. Es würde zu weit führen, alle Ordinationsformeln

anzugeben; wir bringen nur die als besonders wirksam empfohlenen. Zur Behandlung des Ekzema impetiginosum faciei empfiehlt Brocq ganz besonders das gelbe Hg-Präzipitat in Salbenform. Letzteres thut auch bei Ekzem. seborrh. gute Dienste. Schwefel, Salicylsäure, Ol. cadin. werden von Brocq aufser dem vorigen Präparat bei Ekz. seborrh. ordiniert. Von stärker wirkenden Mitteln, welche gut wirken, nennt Brocq noch das Resorcin und Ichthyol. Auch die den Lesern der Monatshefte bekannten von Unna empfohlenen reduzierenden Mittel erkennt Brocq als äufserst wirkungsvoll an.

Behandlung des chronischen Ekzems. Die beim chronischen Ekzem auftretenden neuen Stürme behandelt Brocq wie das akute Ekzem. Vor allem andern soll man beim chronischen Ekzem erweichende Mittel anwenden, dann erst kommen energischere Applikationen. Von energischeren Medikamenten bedient man sich 3—6%iger Salicylsalben, mit Zusatz von Benzoetinktur oder Perubalsam, oder auch der Bleisalben mit Ichthyolzusatz. Nebenbei gebraucht man Waschungen mit den beim akuten Ekzem erwähnten Methoden. Ist die Haut stark infiltriert, so wendet Brocq das Ol. cadin., Naphthol oder Silbernitratlösung, Pyrogallol und Chrysarobin an. Endlich erwähnt Brocq noch die medikamentösen Pflaster, von denen besonders die Vidalschen im Hospital St. Louis fleifsig angewandt werden und die Unnaschen Boluspasten. Sodann gibt Brocq die Formel eines nach seiner Angabe in England häufig gebrauchten weichen und harten Zinkleims, welcher merkwürdigerweise dem Unnaschen Zinkleim völlig entspricht. Soweit es uns bekannt ist, hat Unna den Zinkleim zuerst angegeben.

Was das Verhalten beim chronischen Ekzem anbetrifft, so stellt Brocq als obersten Satz auf: Man soll eine gewisse Auswahl in den Medikamenten treffen und auf die Körperkonstitution Rücksicht nehmen.

Ekzem des behaarten Kopfes: Entfernung der Krusten, antiseborrhoische Behandlung, besonders Schwefel und Ol. cadin.-Salben.

Lidrandekzem. Waschungen mit Borwasser, Applikation einer 2½ bis 5% Hg-oxydat. flav.-Salbe.

Bart- und Augenbrauenekzem: Waschungen und Pudern. Mehlkataplasmen und Oleum cadin., auch Schwefelsalben. Besnier epiliert die Haare und braucht Mehlkataplasmen und Hebrasalbe. Ganz ausgezeichnet wirkt nach Brocq Turbith minéral (?) in Salbenform und Dunstverbände mit Bourboulewasser. Sehr scharf trennt Brocq die Follikulitiden vom Ekzem des Bartes. Dieser Mifsbrauch einiger Dermatologen erklärt sich aus der grofsen Schwierigkeit diese zwei Affektionen, die so oft zusammen vorkommen, zu unterscheiden.

Ekzem der Nasenlöcher. Brocq bespricht hier die Therapie Hebras, Hardaways und Besniers. Der Letztere verschreibt Waschungen mit stark verdünnter Kupfervitriollösung und kleine Wattebäuschchen, welche mit 0,1%igem Salicylöl getränkt sind. Sollte auch dieses Ekzem mit Folliculitis kompliziert sein, so empfiehlt Brocq Epilation der Haare resp. Zerstörung derselben mit Elektrolyse, Waschungen mit borisiertem Kleienwasser und Einreibungen mit gelber oder weifser Präzipitatsalbe. Oft heilt auch nach Brocq die Nasenschleimhaut durch Kauterisation mit Silbernitrat gut ab.

Ekzem der Lippen. Brocq gebraucht hier Silbernitratlösung oder Theersalbe. Ist es seborrhoischer Natur, so gibt er Schwefel, Resorcin, gelbe Präzipitat- oder Naphtholsalben. Bei Kindern gibt Brocq die von E. Vidal empfohlene Acid. tartaricumsalbe:

℞	*Butyr. Cacao.*	4,0
	Ol. Amygd. dulc.	10,0
	Acid. tartaric.	0,25—0,3 gr.

Auch zweiprozentige Salicylsalben wendet er mit gutem Erfolge an.

Bei Ekzem. lab. rhagadiform. verschreibt Brocq folgende Komposition:

℞	*Tannin*	0,5—1,0
	Butyr. Cacao.	10,0
	Ol. Ricini.	3,0
	Essentia Fruct. Anis. stellat.	gtt. 5.

Gesichtsekzem. Brocq verweist auf das, was er bei der allgemeinen Behandlung des chron. Ekzems gesagt hat. Er untersagt die Seife, empfiehlt nur abgekochtes Wasser oder Glycerin zum Waschen. Das impetiginöse Ohr- oder Gesichtsekzem behandelt Vidal mit gelber Präzipitatsalbe, welcher Ol. cadin. zugesetzt ist.

Das Ekzem der Brust und Brustwarze. Hier soll man nach Brocq stärkere Mittel wie Ol. cadin., Resorcin, Silbernitrat anwenden, auch Pyrogallol in 5 oder 10%iger Salbe.

Das Ekzem der Genitalien, des Perineums und des Anus. Für das Ekzema scrot. paßt die Badehose um die Medikamente festhalten zu können, wie Kataplasmen, Kautschukverbände, Salben etc. Für das Ekzema vulvae et vaginae empfiehlt Vidal Wattetampons, welche mit einer Mischung aus Baume de gurjun (Wood-oil) 1 Teil und Kalkwasser 2 Teile besteht. Gegen das unerträgliche Jucken, mit welchem die Ekzeme dieser Regionen verbunden sind, empfiehlt Brocq recht heiße Sublimat-, Karbol-, Chloral-, Cocain- etc.-Waschungen. Außer Karbol und Weinsteinsäuresalben sind Morphiumsalben mit Cocain zu ordinieren etwa in folgender Form:

℞	*Morph. muriatic.*	0,2
	Cocain muriatic.	0,5
	Acid. salicylic.	1,0
	Zinc. oxydat.	
	aut Bismuth. subnitric.	2,0
	Vaselin	4,0
	Lanolin	16,0

Bei stark rissigen Ekzemen sind auch koncentriertere Silbernitratlösungen nach Brocq sehr wirkungsvoll.

Für das Ekzem der unteren Gliedmaßen eignet sich nach Brocq oft der Kautschukverband, auch feuchte Borverbände und s. f. Auch die Pflaster, Zinkoxydpflaster z. B. sind passend für dasselbe. Bei tieferer Infiltration soll man jedoch zu stärkeren Mitteln, wie: Sapo. virid., Pyrogallol, Theer etc. seine Zuflucht nehmen.

Ekzem der Hände und Füße: Bei den vesikulösen Formen sind häufige Waschungen mit abgekochtem Wasser ohne Seife zu verordnen. Im übrigen folge man den Allgemeinvorschriften. Bei dem oberflächlichen chronischen Ekzem dieser Teile geben nach Brocq folgende zwei Vorschriften die glänzendsten Resultate:

℞	*Bismuth. oxyd.*	4,0
	Ol. Olivar.	30,0
	Cera alb.	12,1
	Vaselin	36,0
	Ol. Rosar.	gtt. V.

oder

℞ *Ichthyol* 1—3,0
Ammoniak 1—3,0
Aquae
Glycerin } aa 10,0
Dextrin

Ist bei dem chronischen Ekzem der Glieder trockene Abschuppung mit gleichzeitiger Verdickung der Oberhaut vorhanden, so sind das nach Brocq Fälle, welche den Übergang vom wahren Ekzem zur symmetr. Keratodermie bilden. Hier verordnet Brocq Kataplasmen, Waschungen mit Kali oder Salicylseife, ferner Flanellappen, welche mit grüner Seife, die ein wenig mit Spiritus verdünnt ist, bestrichen sind. Starke Salicylpräparate, wie Salicylpflaster und -Kollodium oder -Salben haben oft befriedigende Resultate erzielt.

Ekzem der Nägel. Am besten wirken hier die Salicylpräparate und der Theer.

Ekzem des Kindes. Brocq empfiehlt die peinlichste Reinlichkeit, fleifsige Waschungen mit vegetabilischen Abkochungen, Puder, Kataplasmen und Einreibungen mit Ol. Jecor. Aselli. Für die Ekzeme der seborrhoischen oder strumösen Kinder rät er schwache Theer-, gelbe Präzipitat- und Schwefelsalben.

Behandlung des Ekzems mit Mineralwässern. Bei Lymphatikern ordiniert Brocq die schwefelhaltigen Mineralwässer innerlich und äufserlich, bei den Arthritikern äufserlich Schwefelbäder, innerlich diejenigen Mineralquellen, welche doppelt kohlensaures Natron enthalten, bei eingewurzelten, lichenoiden Ekzemformen arsenikhaltige Mineralwässer.

Ekzema folliculare.

Von diesem leider noch zu wenig studierten Ekzem gibt Brocq eine kurze, treffende, prägnante Beschreibung. Es ist charakterisiert durch kleine Gruppen umschriebener Efflorescenzen von ½ bis 5 Frankstückgröfse, welche um Haarfollikel herum ihren Sitz haben. Bisweilen besteht lebhaftes Jucken. Die Plaques kommen sowohl multipel als disseminiert vor, besonders an den Gliedmafsen. Sie vergröfsern sich nach und nach, sie werden multipel und konfluieren. Die Plaques breiten sich mittelst eines roten Randes aus, welcher etwas erhaben und annulär ist und aus 4 bis 6 Follikeln besteht. Das Centrum vertieft sich, nimmt einen gelben Ton an und schuppt ab.

Im Beginn ist eine Verwechselung mit Pityriasis rubra pilaris möglich. Bei dieser aber vertieft sich das Centrum niemals, die Elemente liegen viel isolierter und sind in viel gröfserer Zahl vorhanden. In Summa: das äufsere Verhalten der Pityr. rubra ist völlig verschieden von dem des Ekzem. follicular., auch hat sie nicht den progressiven, excentrischen Verlauf wie er dem Ekzem. folliculare, einer höchst wahrscheinlich parasitären Affektion, zukommt.

Brocq erzielte Heilung in einem Falle durch Anwendung von gelber Präzipitatsalbe mit Ol. cadin. und von Emplastrum rubrum (Vidal). Brocq glaubt, dafs man für gewöhnlich mit kräftigen antiparasitären Mitteln, wie S., Hg, Theer, Pyrogallol, Ichthyol, Resorcin beim Ekzem. folliculare arbeiten mufs. Die Applikation von Pflastern, welche das betreffende Mittel erhalten, scheinen ihm besonders in der letzten Periode der Erkrankung wirksam zu sein.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über Aristol, von Dr. Alois Pollak[1]. (*Therap. Monatsh.* 1890. No. 12.) Wo ein Antisepticum angezeigt ist, hat Verf. bei Wunden das Aristol mit Erfolg angewandt, ferner sah er von Hautkrankheiten beim Ekzema marginatum, beim Ulcus cruris varicosum (5% Aristolvaselin) und bei Perniones (10% Aristolkollodium) günstige Wirkungen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über einige seltenere Zungenkrankheiten, von Dr. P. Michelson in Königsberg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 46. 47. 48.)

I. Möllersche Glossitis superficialis.

Michelson beschreibt 3 Fälle dieses Leidens, welche dadurch charakteristisch sind, dafs aufser einem starken Brennen auf der Zunge, besonders beim Genufs von Speisen, chronische Exkoriationen auf der Zunge in Gestalt von unregelmäfsigen, meist scharf umschriebenen, hochroten Flecken bestehen, auf denen sichtlich das Epithel abgestofsen oder wenigstens sehr verdünnt ist und die Papillen hyperämisch und angeschwollen erscheinen. Niemals zeigt sich auf ihnen ein krankhaftes Sekret, niemals entwickelt sich tiefere Verschwärung daraus, selbst zur Ausbreitung nach der Fläche zeigen sie nur geringe Neigung, bestehen dagegen meist sehr hartnäckig fort; sie zeigen sich vorzüglich auf den Rändern und an der Spitze der Zunge; öfters sind gleichzeitig ähnliche Flecke auf der untern Fläche der Zunge und an der innern der Lippen vorhanden, in den hintern Gegenden der Mundhöhle kommen sie nicht vor. Auch die artikulatorische Bewegung der Zunge ist bisweilen etwas schmerzhaft. Diese Affektion ist bis jetzt nur bei Frauen beobachtet; M. beschreibt sie auch bei einem 39jährigen Manne. Inmitten der geröteten Partieen hat M. eine ohne Hinterlassung von Folgen schnell wieder verschwindende Eruption diskreter weifser opaker Knötchen von etwa Stecknadelkopfgröfse beobachtet. Ein Kausalnexus zwischen Bandwurm und der Glossitis konnte nur in 2 Fällen konstatiert werden, obgleich gastroenteritische Krankheitszustände sich mit solchen der Zungenoberfläche gerne komplizieren. Therapeutisch wird man natürlich Bandwurmkuren anwenden. Der histologische Befund ergab auf einem im subepithelialen Bindegewebe sich abspielenden, mit Verdünnung eventuell mit stellenweisem Verlust des Epithels einhergehenden Entzündungsprozefs.

II. Glossitis papulosa acuta.

Bei einer 34jährigen Patientin traten unter fieberhaften Allgemeinerscheinungen und mit lebhaften Schmerzen im Munde einige von geröteter Schleimhaut umgebene, stecknadelkopfgrofse, weifslich-gefärbte Erhabenheiten an der Zungenoberfläche auf, die sich schnell vergröfserten und in 12—24 Stunden ungefähr das Doppelte ihres ursprünglichen Umfanges erreicht hatten. Das Wachstum machte in den nächsten Tagen weitere Fortschritte und kam erst zum Stillstand, nachdem die Circumferenz der fast kreisrunden, sich nunmehr $2^1/_2$—3 mm über das Niveau der benachbarten Schleimhaut erhebenden ältesten Eruptionen etwa die Gröfse einer grauen Erbse

[1] S. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. XI. S. 289.

erreicht hatte. Dann machte sich in dem etwas gelblicher gefärbten Centrum der Efflorescenzen eine seichte Delle bemerkbar, später eine in Kreisform angeordnete braunrötliche Tüpfelung rings um das jetzt weniger deutlich vertiefte Centrum und eine lividrötliche Verfärbung der peripherischen Böschungen. Bald flachte sich dann die Prominenz im ganzen etwas ab und nahm eine gleichmäfsig graugrünliche Farbe und eine matsche, käseartige Beschaffenheit an. Am andern Tage fand sich an der Stelle der früheren Erhabenheit eine seichte, eiterbedeckte, von einem feingezähnelten, geröteten Rande eingerahmte Erosion, die sich dann allmählich überhäutete. Das Ankeimen der Efflorescenzen erfolgte schubweise, dagegen ging die Umwandlung der papulösen Erhabenheiten in Erosionen rapide und überall gleichzeitig vor sich. Dabei ist eine diffuse Gingivitis beobachtet worden und bis zum Zeitpunkt der Exfoliation der Erhabenheiten bestand ein mäfsiger Foetor ex ore. Von der aphthösen Form unterscheidet sich diese durch die ausschliefsliche Lokalisation der Efflorescenzen an der Zungenoberfläche, während die Aphthen meistens an der Zungenspitze und an den seitlichen Rändern auftreten. Auch die Form ist eine verschiedene; in diesem Falle hatten die Efflorescenzen mehr einen papulösen Charakter mit sehr schneller Gröfsenzunahme. Endlich hatten die gröfseren Papeln Gewebsdefekte hinterlassen. Sie glichen mehr Variola-Efflorescenzen. Histologisch handelte es sich um einen exsudativen Entzündungsprozefs in der Tunica propria der Schleimhaut und im angrenzenden submukösen Gewebe, der zur Lockerung und Desquamation der Epithelien geführt hatte, dem aber die, der Variola-Eruption eigene Neigung zur Kolliquation nicht innewohnte.

III. Zungenlupus.

Hierzu beschreibt M. 2 Fälle, bei denen sich in der Mund- und Rachenhöhle gleichzeitig Infiltrationen und Ulcerationen, Fungositäten, narbige Atrophie und narbige Defekte nachweisen liefsen. Die Ulcerationen vergröfserten sich langsam und zwar mehr der Fläche, als der Tiefe nach; ihre Ränder waren nicht gewulstet, eine irgend erhebliche entzündliche Reaktion in ihrer Umgebung fehlte. Bei beiden Patienten hatte sich der Prozefs in Form einer starken Infiltration auf den Kehlkopfeingang fortgesetzt und hier besonders die Epiglottis in hohem Grade deformiert. Als einigermafsen charakteristisch für die benignere „lupöse“ Form der Schleimhauttuberkulose darf ferner die verhältnismäfsig auffällig geringe Schmerzhaftigkeit des Krankheitszustandes hervorgehoben werden. In einem der Fälle fanden sich an der Gesichtshaut Narben, die wahrscheinlich von disseminiertem Lupus herrührten. Tuberkelbacillen wurden zwar nicht gefunden, wohl aber wurden die histologischen Kennzeichen des Lupus konstatiert. Der eine Fall wurde mit Injektionen Kochscher Flüssigkeit behandelt und reagierte. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über die Anwendung des Menthols bei pruriginösen Hauterkrankungen, von Dubreuilh und Archambault. Bordeaux 1890, G. Gounouilhou. Nach einigen geschichtlichen Vorbemerkungen machen uns die V. mit der Wirkungs- und Anwendungsweise des Menthols bekannt. Wirksam erweist sich dasselbe bei allen Sensationen pruriginöser Natur in der Haut, sein Gebrauch ist aber besonders in den Fällen zu empfehlen, wo durch das Kratzen die ursächliche Störung oder der Pruritus unterhalten wird, namentlich also bei der Urticaria, bei verschiedenen Formen von Ekzem, und bei dem Hautjucken, das nach der geheilten Krätze zurückbleibt. Am besten empfiehlt sich eine 5—10 %ige Lösung des Mittels in Alkohol oder Öl. Für das Gesicht, die Vulva und exkoriierte Hautstellen sind schwächere Lösungen am Platze. *Türkheim-Hamburg.*

Die Veränderungen der Haut bei der Syringomyelitis, von Georges Thibierge. (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. S. 799.) In der vorliegenden Abhandlung wird kein

neues klinisches Material gesammelt, sondern der Versuch erfolgreich durchgeführt, das vorhandene klinisch zu sichten, und den Störungen abseiten der Haut bei der Syringomyelitis ihre dermato-nosologische Stellung zuzuweisen. Jene Hauterkrankungen lassen sich in solche sekretorischer, trophischer und vasomotorischer Natur einteilen; sie haben bei der Syringomyelitis nichts Specifisches, woraus man diese sofort diagnostizieren könnte, so dafs, wo sie mit ähnlichen nervösen Störungen (Amyotrophie, Sensibilitätsstörungen der Haut u. s. w.) gleichzeitig auftritt, die Differentialdiagnose nicht immer ganz leicht wird. Verwechslung ist namentlich möglich mit peripheren Neuritiden, mit der leprösen Neuritis, mit Hysterie. Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal bildet immer die Thatsache, dafs bei der Syringomyelitis die taktile Hautsensibilität erhalten bleibt, während die algetische und thermische Sensibilität auf grofsen Hautstrecken mehr oder weniger stark leidet, und bei den andern genannten nervösen Erkrankungen auch die Berührungs-Sensibilität gestört erscheint.

Einen besondern Abschnitt widmet Thibierge der „Parésie analgésique de Morvan" und kommt nach umsichtiger Erwägung aller Einzelheiten zu dem Endergebnis, dafs, einstweilen wenigstens, ein Unterschied zwischen dieser „Maladie de Morvan" und der Syringomyelitis in anatomischer, symptomatischer, oder klinischer Beziehung nicht nachweisbar sei. *Türkheim-Hamburg.*

Angioneurosen.

Über einen auf der Haut und den Schleimhäuten lokalisierten und unter dem Bilde einer hämorrhagisch-pustulösen Dermatose verlaufenden Fall von Rheumexanthem, von Prof. Litten. (*Therap. Monatsh.* 1890. No. 12.) Bei einem 45jähr. Arbeiter trat nach Gebrauch von Rheum unter heftigem Schüttelfrost und Gliederschmerzen ein polymorphes Exanthem ein, welches sich vorzugsweise als aus zwei Affektionen bestehend erwies: aus hämorrhagischen Eruptionen (Petechien, Sugillationen, hämorrh. Infiltrationen) einerseits und aus pustulösen andererseits. Die pustulösen Eruptionen boten die Form des Pemphigus dar, die auch über den ganzen Körper verbreitet war. Vielfach waren die pemphigusartigen Pusteln konfluiert, so dafs sie an das Bild des Pemphigus foliaceus erinnerten. Die schönsten und besterhaltenen Blasen fanden sich auf den Handrücken und Fingern. Hier sah man vielfach bis haselnufsgrofse Blasen, welche mit klarem, zellenarmen Inhalt erfüllt waren. Viel häufiger war der Inhalt trübe, undurchsichtig und machte einen mehr purulenten Eindruck. Nach Platzen der Blase zeigte sich ein Geschwür mit mifsfarbigem Grunde. Die cervicalen und inguinalen Drüsen waren intumesciert und wenig schmerzhaft. An anderen Stellen bot die scheinbar intakte Haut eine sehr charakteristische Veränderung dar, indem sie deutlich wie mit Seife beschmiert erschien und sich durch leichtes Darüberstreichen in feine parallele Falten zusammenrollen liefs, die man alsdann fetzenförmig abziehen konnte. Vielfach fanden sich auf der Haut und in den Haaren des Kopfes und Bartes blutige Borken, welche dem aus den Schrunden der Haut aussickernden Blut ihre Entstehung verdankten. Ganz analoge Veränderungen fanden sich auf den sichtbaren Schleimhäuten, und zwar den Augenlidern, der Nasenschleimhaut, den Lippen, der Zunge und endlich der Schleimhaut der Wangen und des Rachens. Hier war überall eine deutlich ödematöse Schwellung zu erkennen; ja die Zunge war so geschwollen, dafs sie im Munde kaum Platz hatte, dabei bestand Ptyalismus. Man sah überall Hämorrhagieen und pustulöse Eruptionen. Aus der Urethra entleerte der Kranke vor unseren Augen wiederholt Blut; dazwischen wurde auch

blutfreier Harn entleert. Temperatur 39,6° C. Dabei fühlte sich der Kranke, abgesehen von den lokalen Beschwerden, wohl. Dafs das Leiden eine Folge des Rheumgebrauchs war, liefs sich durch Wiederholung des Gebrauchs bestätigen.

L. Hoffmann-Berlin.

Ein Fall von Hutchinsonscher „Varicellen Prurigo", von H. Goldenberg. (*New-York. med. Journ.* Oktober 18. 1890.) Ausführliche Beschreibung eines charakteristischen Falles dieser zuerst von Hutchinson eingehend besprochenen Affektion. Den Lesern der Monatshefte wird der Artikel von T. C. Fox über Urticaria im Säuglings- und Kindesalter (Bd. X S. 525 u. XI S. 19) erinnerlich sein. G. teilt die Ansicht von Fox, dafs die in Rede stehende Krankheit von Hutchinson falsch benannt worden sei. Dieselbe stelle eine wahre Urticaria dar; die begleitende Bläschenbildung auf den Quaddeln beruht nach G. auf der Einwirkung von Ptomainen, welche in dem bei Urticaria bekanntlich meistenteils gleichzeitig affizierten Darmtraktus sich entwickeln. Die Behauptung von Fox, diese Art der Urticaria sei κατ' ἐξοχήν die Urticariaform des Kindesalters teilt Verf. aber nicht. *Philippi-Nieheim.*

Purpura haemorrhagica, von G. R. Lockwood. (*New-York. med. Journ.* Nov. 15 1890.) Die Hauptthesen des V. sind ungefähr in folgenden Sätzen wiedergegeben: 1. Der Morbus Werlhofii ist wahrscheinlich infektiösen Ursprungs und beruht, wie anzunehmen, wenn auch nicht erwiesen ist, auf der Anwesenheit des von Letzerich beschriebenen Bacillus. 2. Unter der Einwirkung dieser Infektion kommen akute, tötlich verlaufende Erkrankungen vor, bei denen der Exitus letalis durch akute Anämie, innere Blutungen oder durch Sepsis herbeigeführt wird. 3. Purpura simplex und P. rheumatica sind wahrscheinlich nur graduell verschiedene Typen einer und derselben Infektion, welche wohl auch dieselbe wie bei dem Morbus Werlhofii ist. 4. Es ist möglich, dafs auch für Skorbut eine infektiöse Basis nachgewiesen werden wird, und vielleicht ist diese die nämliche wie beim M. Werlhofii nur mit gewissen Modifikationen, welch letztere durch die ungenügend hygienische Umgebung, den kachektischen Zustand der Patienten und die Chronicität der Infektion erklärt werden könnten. *Philippi-Nieheim.*

Neurotische Entzündungen.

Bakteriologische Untersuchungen über einige vesikulöse und bullöse Ausschläge, von Edouard Boinet (Montpellier). (Herpes zoster, Herpes, pemphigoider Ausschlag). (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. S. 845.) Sind die Ausschläge vesikulöser und pemphigoider Natur, wie sie im Verfolg infektiöser Allgemeinerkrankungen auftreten, als ein Symptom der letzteren aufzufassen? Oder verdanken sie ihr Dasein einem besondern Mikroben? Oder endlich sind sie rein nervösen Ursprungs? Das sind die Fragen, zwecks deren Beantwortung Boinet seine eingehenden Untersuchungen angestellt hat. Als Material dienten ihm 3 Fälle von Herpes zoster, die in Verlauf einer Erkrankung an Rheumarthritis acuta, Lungentuberkulose, bezw. Masern auftraten, (die drei Krankengeschichten werden etwas ausführlicher mitgeteilt); 2 Fälle von Herpes labialis bei Febris intermittens; sowie 2 Fälle von pemphigoidem Ausschlag (je einer in der Rekonvalescenz nach Typhus und bei einer Otitis media mit Meningitis, Pyaemie und tötlichem Ausgang).

Boinet hat Kulturen angefertigt von dem serösen Bläscheninhalt, von dem Blut aus der erkrankten Hautstelle und von dem Blut aus der Fingerspitze. Bei

letzterem gingen die Kulturen nicht auf; in den beiden erstern enthielten sie nur eine Sorte von Mikrokokken. Überimpfungsversuche mit diesen Mikrokokken auf Tiere blieben erfolglos, so dafs die ausgiebige Untersuchungsreihe Bonnets nur zur Stütze der Lehre von der dermatoneurotischen Natur derartiger Ausschläge dient.

Türkheim-Hamburg.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Über einen Fall von Lepra, von Dr. M. Joseph. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 53.) In der Berliner Medizinischen Gesellschaft vom 26. November 1890 stellte Herr J. einen 41jähr. Patienten mit Lepra tuberosa vor, der in seinem 13. Lebensjahre nach Brasilien gegangen war und bis jetzt dort blieb. Vor 3 Jahren zeigten sich an der Brust und am Bauch Flecke, die zu starken Pigmentationen Veranlassung gaben. Man findet dieselben jetzt noch auf dem Körper und im Gesicht, aber an der behaarten Kopfgrenze scharf abschneidend. Später entstanden die jetzt noch vorhandenen Knoten im Gesicht und auf den Händen resp. Unterarmen. Patient zeigt die typische Facies leonina. Aufser den Knoten sind die Stellen stark geschwollen und cyanotisch. Die Nägel atrophisch und zerklüftet. Schmerzen bei Bewegungen der Finger, trotzdem ist die Sensibilität fast intakt. Inguinaldrüsen nur mäfsig vergröfsert. Es zeigen sich auch lepröse Veränderungen an den Schleimhäuten, so im Munde, am harten und weichen Gaumen, an der Uvula; auch Nasen- und Kehlkopfsschleimhaut sind bereits stark verändert. Die Epiglottis ist stark verdickt, kahnförmig zusammengebogen und zeigt ebenfalls reichliche Knotenbildung. In der Nase zeigt das Septum rechts starke Verdickung, Borkenbildung und Rhagaden, links ist eitriges Sekret.

L. Hoffmann-Berlin.

b. *Tuberkulose.*

Bericht über die bisherigen Erfolge der Lupusbehandlung nach der Kochschen Methode, von Dr. G. Thibierge. (*Bulletins et mem. de la Soc. médic. des hôp. de Paris.* 1890. No. 35.) Die während seines Aufenthalts in Berlin (22. bis 29. Nov.) vom Verf. gemachten Beobachtungen bilden den Inhalt dieses in der *Soc. médic.* am 5. Dezember erstatteten Berichtes. Einer ernsten, unbefangenen Kritik unterzieht er in demselben die bisherigen von ihm gesehenen Ergebnisse des neuen Heilverfahrens, die vorderhand, — wenigstens was die Behandlung des Lupus anbetrifft, — durchaus nicht zu d e n Hoffnungen berechtigen dürften, die man bereits voreilig an das neue Mittel geknüpft hat. — Bei a l l e n Kranken, ohne Ausnahme, selbst bei den von Anfang der Versuche an, d. h. vor 2 Monaten zuerst, Geimpften hat der Verf. bei einer sorgfältigen, objektiven Untersuchung Läsionen feststellen können, die alle klinischen Charaktere von Lupusknötchen darstellten. Um die Wirkungen der Injektionen bis zu ihren letzten Grenzen zu verfolgen, sei mit einer einzigen Ausnahme, wo von Bergmann Auskratzungen vorgenommen, kein chirurgischer Eingriff geschehen. Die von Bergmann entfernten Gewebspartieen wurden, so weit dem Verf. bekannt, keiner mikroskopischen Untersuchung unterworfen, auch seien keine Impfversuche mit ihnen gemacht. Doch sei es, nach des Verf. Ansicht, n i c h t m ö g l i c h die lupöse Natur der Knötchen zu leugnen; und wie auch der Zustand und die Virulenz der in denselben enthaltenen Bacillen sein mag, man könne die Kranken nicht als geheilt betrachten, so lange sie überhaupt noch Bacillen beherbergen. In Anbetracht dieser

Thatsachen hält sich der Verf. vollkommen berechtigt zu der Erklärung, dafs bis dahin nicht ein einziger Fall von selbst scheinbarer Heilung des Lupus durch die Injektionen allein aufzuweisen ist. Übrigens habe er noch in Berlin bei Fällen, die man zu eilig als geheilt ausgab, den Eintritt des Recidivs resp. den Wiederausbruch (recrudescence) konstatiert. — Von der Zukunft dürfte man vielleicht durch Änderungen in der Zusammensetzung der Flüssigkeit oder Verbesserung der Anwendungsmethode eine dauerde Heilung erhoffen. Doch selbst, wenn sich die letzteren Erwartungen nicht erfüllen sollten, ist der Verf. weit davon entfernt den Nutzen der neuen Methode in Abrede zu stellen, da sie bei weitem alle bisherigen Behandlungsweisen übertrifft und im Verein mit den früheren destruktiven Methoden zu dauernden Resultaten führen dürfte. — Die Schwere der bekannten allgemeinen Erscheinungen sei eine Mahnung zu der gröfsten Vorsicht bei der Anwendung des Mittels und es müfsten bei der Hauttuberkulose — ebenso wie für die visceralen Formen — die Indikationen dieser neuen Behandlung sich einzig und allein aus einer Beobachtung ergeben, die mit der Aufmerksamkeit, Ruhe und Strenge fortgesetzt wird, wie sie sich für wahrhaft wissenschaftliche Untersuchungen geziemen.

Weidner-Schönbach.

Leichentuberkel bei einem Schlachtergesellen, von J. Braquehaye. (*Annal. de la Policlin. de Bordeaux.* Bd. I. Heft 1. S. 57.) Die Tuberkel safsen am linken Handgelenk, wo vorher einige Hautrisse bestanden hatten. Heilung nach Auskratzung und Bor-Verband. *Türkheim-Hamburg.*

c. *Syphilis.*

Beitrag zur Histologie des Gumma syphiliticum und der tertiären Störungen im allgemeinen, von Marfan und Toupet. (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. S. 637.) Ein kurzer Überblick über den derzeitigen Stand der Frage leitet die Arbeit ein. In einem zweiten Abschnitt liefern die Verfasser die Ergebnisse ihrer Untersuchungen über die Histologie der Gummata. Sie haben solche aus der Haut, der Lunge, dem Gehirn untersucht. Der Befund war, mit einzelnen Modifikationen, immer der nämliche: Das Gumma bildet sich immer um ein primär erkranktes Gefäfs. Die Gefäfserkrankung besteht in einer Endo- und Peri-Arteriitis; die Beziehungen derselben zum sklero-gummösen Prozefs werden im dritten Abschnitt ausgeführt. Hier werden wir über die Natur der Arterienerkrankung aufgeklärt; dieselbe besteht in einer Sklerose der Tunica adventitia und Tunica interna, und es ist schwer zu sagen, bei welcher der beiden Häute der Prozefs beginnt. Bei ersterer handelt es sich um eine fibröse Verdickung mit einzelnen Embryonalzellen, bei letzterer um die von Heubner beschriebenen Eigentümlichkeiten. Kleinste Gefäfse und Kapillaren können in dieser Weise obliterieren; gröfsere büfsen an Kaliber ein. Das Nachbargewebe sklerisiert entweder durch mangelhafte Ernährung, oder indem sich die Entzündung von der Adventitia auf dasselbe fortsetzt. Verfasser neigen mehr zu ersterer Annahme, Die tertiären Erscheinungen der Syphilis beginnen also immer mit Arteriitis und Sklerosis. Geht die Obliteration der Gefäfse in einen bestimmten Bezirk immer weiter so kommt es zur Mortifikation des Gewebes und zur Gumma-Bildung; notwendig ist letzteres aber nicht. Das Gumma entsteht nicht, wie der Tuberkelknoten, unter dem Einfluf von Bakterien; in den tief liegenden Gummata ist es den Verfassern nie gelungen, einen Mikroben zu entdecken; wohl aber in den Gummata der Haut und Schleimhäute. Hier gehören sie zur Regel und bedingen den Zerfall des Gumma; man darf aber annehmen, dafs sie hier von aufsen eingedrungen sind.

Ist die Arteriitis der tertiären Störungen auch noch syphilitischer Natur? fragen die Verfasser im letzten Abschnitt. Sie verneinen diese Frage. Die tertiären Entzündungen, Geschwüre u. s. w. sind nicht mehr ansteckend. Der Syphilis-Mikrobe mufs zu dieser Zeit also schon verschwunden sein. Was aber nicht verschwunden ist, das ist eine Art Dyscrasia post — seu para — syphilitica, die sich als Arterio-Sklerose ausweist. Diese ist nichts dem Alter Specifisches, sondern die Nachwirkung vieler infektiöser und anderer Krankheiten (Bleivergiftung) und wird von Peter „Der Rost (rouille) des Lebens" genannt. Nun erklärt sich auch die Wirkung des Jodkali bei allen tertiären Symptomen (die richtiger post- oder para-syphilitische genannt werden sollten); denn es ist das Specificum gegen alle chronischen Arteriopathieen, gleichviel welchen Ursprungs.

Zwei Holzschnitte sind der äufserst anregenden Arbeit beigegeben.

Türkheim-Hamburg.

Ein Fall von Übertragung der Syphilis durch Impfung, von Léon Perrin. (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. S. 654.) Der Titel belehrt uns genügend über den Inhalt. *Türkheim-Hamburg.*

Syphilome beider Samenstränge ohne anderweitige Erkrankung des Geschlechtsapparates, von Bert. (*Annal. de la Policlin. de Bordeaux.* Bd. I. Heft 1. S. 41.) Der Patient hat vor 13 Jahren einen Schanker gehabt, angeblich ohne weitere Folgen. Seit 8 Jahren ist er verheiratet. In dieser Zeit hat die gesunde Frau zweimal abortiert und ein zartes Kind ausgetragen, das aber bald wieder an Lebensschwäche zu Grunde gegangen ist.

Die fraglichen Tumoren sind ohne nachweisbare Veranlassung, schmerzlos entstanden. An jedem Samenstrang sitzen je zwei von der ungefähren Gröfse einer Kirsche. — Eine eingeleitete antisyphilitische Behandlung bleibt scheinbar erfolglos, bis wochenlang nach dem Aussetzen derselben am rechten Hodensack sich eine Fistel bildet, aus der sich beide Tumoren des rechten Samenstrangs in Form einer dicken, milchigen Flüssigkeit entleeren. Gleichzeitig verschwinden die Knoten linkerseits bis auf einen geringen Rest. *Türkheim-Hamburg.*

Über einen bemerkenswerten Fall von **Syphilis hereditaria** berichtet L. de Saint-Germain aus der Klinik von Besnier in den *Annal. de derm. et de syph.* 1890. S. 866. Es handelte sich um ein 13jähriges Mädchen, bei dem die Syphilis hereditaria die scheufslichsten Verheerungen angerichtet hatte. Die Kranke macht den Eindruck eines 7—8jährigen Mädchens; ihr Körper ist mit vielen Narben bedeckt. Infolge von Knochen- und Knochenhautentzündung sind die Kniegelenke geschwollen und die Gewebe derartig geschrumpft, dafs die Unterschenkel rechtwinklig gegen die Oberschenkel flektiert sind. Es besteht jetzt noch eine hochgradige Knochenbrüchigkeit, so dafs es mehrfach zu Frakturen kommt. — Unter antisyphilitischer Behandlung macht sich eine allmähliche Besserung bemerkbar. *Türkheim-Hamburg.*

Aphorismen zur Behandlung der Syphilis, von Prof. Köbner. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 54.) Der Aufsatz K.'s ist das Schlufswort, welches derselbe auf dem X. Internationalen medizinischen Kongrefs zu Berlin nach der Syphilisdebatte gehalten hat und welches in den Referaten über denselben bereits enthalten ist.

L. Hoffmann-Berlin.

Ein Fall von Myelitis syphilitica lumbalis acuta, von Alex. Renault. (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. S. 565.) Der Fall bietet weiter nichts Bemerkens-

wertes; er besserte sich unter einer antisyphilitischen Behandlung wesentlich. Verf. knüpft an seine Mitteilung einige Bemerkungen über die Diagnose.

Türkheim-Hamburg.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Prophylaxe und Behandlung der Trichophytiasis, von Quinquaud. (*Journ. des mal. cut. et syph.* Bd. II. S. 156.) Alle Kinder in gröfsern Anstalten, in Schulen, Waisenhäusern u. s. w., sind sorgfältig zu untersuchen, die krank befundenen zu isolieren. Jedes Kind habe seinen besondern Kamm und Bürste. Die Gebrauchsgegenstände erkrankter Kinder, ihre Kleidungsstücke u. s. w. sind im Brutofen zu sterilisieren. Wenn auch die Trichophytiasis mit dem 20. Jahr von selber zu heilen pflegt, so ist eine eingreifende, langdauernde Behandlung doch erforderlich, wenn der Kranke nicht aller seiner Haare verlustig gehen soll. Quinquaud empfiehlt eine Reihe von Waschungen und Salben und gibt eine genaue Gebrauchsanweisung derselben.

Türkheim-Hamburg.

L. de Saint-Germain teilt in den *Annal. de derm. et de syph.* 1890. S. 657 ff. ausführlich zwei Fälle mit, in denen es nach Einnehmen von Quecksilberpillen zu einer **Dermatitis scarlatiniformis** gekommen war. *Türkheim-Hamburg.*

Pemphigus foliaceus mit tötlichem Ausgang. Sektion. Von Paul Lassimr. (*Annal. de la Policlin. de Bordeaux.* Bd. I. Heft 1. S. 59.) Der Fall betraf eine 56jährige Wäscherin. — Bei der Sektion erwiesen sich die Lungen kongestioniert, die Leber fettig entartet, sonst nichts Abnormes. Das Augenmerk war namentlich auf die Hautnerven und auf etwaige specifische Bakterien gerichtet. *Türkheim-Hamburg.*

Über das Ekzem, von Professor Dr. H. Leloir. (*Journ. des mal. cut. et syph.* Bd. II.) Das Ekzem ist nach L. als Rückwirkung ganz verschiedener Ursachen zu betrachten und dieses gilt nicht allein von den durch äufsere Reize hervorgerufenen, sondern von Ekzemen, soweit sie als Ausdruck einer ekzematösen Diathese aufgefafst werden. Es sei durchaus kein Grund vorhanden in der Annahme, dafs die sog. idiopathische Form des Ekzems ätiologisch stets dieselbe Affektion darstellt; vielmehr ist sie in eine Anzahl von Gruppen zu sondern, die in ihren Erscheinungen mehr oder weniger ähnlich, durch die Pathogenie sich von einander unterscheiden lassen. Vom Standpunkt der letzteren stellt der Verf. folgende Gruppen auf:

1. Ein Ekzem, beruhend auf einer Art primärer (origineller) Schwäche der Haut oder einzelner Bezirke derselben, der eine praedisponierende Bedeutung zukommt; äufsere Reize (Kälte, Hitze u. dgl.), die auf Individuen mit gesunder Haut spurlos einwirken können, rufen bei den praedisponierten einen Ekzem-Ausschlag hervor. Ein Beispiel hierfür sind die Hand- und Fingerekzeme, die bei gewissen Personen im Winter auftreten und vor denen sich dieselben durch blofses Handschuhtragen schützen können.

2. Eine zweite Gruppe bilden Ekzeme, entstanden durch Hautreizung seitens gewisser im Organismus enthaltener toxischer Substanzen.

3. Die dritte Gruppe nimmt gewissermafsen eine Zwischenstellung ein zwischen den beiden erstgenannten und es gehören zu ihr Ekzemvarietäten, unter der reizenden Einwirkung eines mehr oder weniger veränderten Schweifses entstanden.

4. Ein Ekzem auf nervöser Grundlage ist jetzt (actuellement) nicht zu leugnen.

5. Es ist wohl anzunehmen, dafs gewisse Ekzeme auf Reizung der Haut durch pathogene Mikroben zurückzuführen sind. Zu dieser Ekzemvarietät zählt der Verf. die von ihm seit mehreren Jahren beobachtete und unter dem Namen „Ekzema tourniolique" beschriebene Hauterkrankung.

6. Eine vollständig autonome und unabhängige Gruppe bildet endlich das Ekzema seborrhoicum von Unna.

Über die histologisch-anatomischen Unterschiede, die zwischen diesen einzelnen Gruppen bestehen mögen, weifs uns die pathologische Anatomie keine Auskunft zu geben; sie vermag ja augenblicklich nicht zu unterscheiden zwischen einem idiopathischen und einem durch äufsere Reize entstandenen Ekzem, ebensowenig wie sie im stande ist die Ursachen der Hartnäckigkeit, der Dauer und der Recidive der idiopathischen Krankheitsformen zu erklären. *Weidner-Schönbach.*

b. *der Cutis.*

Lichen planus in Form von anastomosierenden Strängen, von W. Dubreuilh. (*Annal. de la Policlin. de Bordeaux.* Bd. I. Heft 1. S. 45.) Den ersten derartigen Fall hat Kaposi veröffentlicht. Aber während dort nur die äufsere Haut erkrankt war, so finden wir in dem von D. mitgeteilten Fall den eigentümlich angeordneten Lichen auch auf der Mundschleimhaut. Diese Form des Lichen scheint übrigens auf den Schleimhäuten nicht so ganz selten zu sein, denn G. Thibierge hat mehrere derartige Fälle veröffentlicht (*Annal. de derm. et de syph.* 1885. Febr. 25).

Türkheim-Hamburg

W. Dubreuilh teilt in den *Annal. de la Policlin. de Bordeaux* (Bd. I. Heft 1. S. 52) einen Fall von **Mycosis fungoides** mit. *Türkheim-Hamburg*

Progressive Ernährungsstörungen.

I. Maligne.

Heilung recidivierter multipler Sarkome der Hautdecken nach einem Erysipelas migrans, von Prof. Langenbuch. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 52.) Bei einem 27jähr. Arbeiter wurde im August 1888 eine kindskopfgrofse Geschwulst aus der linken Hüftgegend exstirpiert, welche im subkutanen Gewebe safs und bei der mikroskopischen Untersuchung die Charaktere eines Rundzellensarkoms mit spärlichen fibrillären Beimengungen zeigte. Im März 1889 zeigte sich ein Recidiv sowohl in der Operationsnarbe, als auch eine neue gröfsere Geschwulst im Nacken; sehr bald traten auch noch gröfsere an der rechten Gesäfsseite auf, sowie aufserdem circa 50 kleinere Geschwülste von Schwanenei- bis zur Nufsgröfse herab, von denen sich der bei weitem gröfste Teil besonders auf der vorderen Brust- und Bauchhälfte lokalisiert hatte. 3 der gröfsten Geschwülste wurden wieder exstirpiert und dann eine Jodnatrium-Arsenikkur eingeleitet. Die Exstirpationswunden heilten gut, und die kleineren Geschwülste schienen abzunehmen, da bekam der Patient ein Erysipelas migrans und darauf schwanden alle Geschwülste in circa 8 Tagen.

L. Hoffmann-Berlin.

II. Benigne.

Hereditäres multiples Fibroma molle mit Elephantiasis mollis, von Dr. Moses. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 54.) In der Sitzung der Berliner Medizinischen Gesellschaft vom 26. Novbr. 1890 stellte M. einen Patienten von 21 Jahren mit mul-

tiplem Fibroma molle vor, bei dem die Heredität konstatiert werden konnte. Bei der Mutter des Patienten nämlich sind ebenfalls derartige multiple Fibrombildungen vorhanden, auch eine geringe Elephantiasisbildung ist an ihr nachweisbar. Ferner ist der Fall durch die Pigmentbildungen, sowohl bei dem Patienten, als bei der Mutter ausgezeichnet. Hervorzuheben ist bei dem Fall ferner die Multiplicität der weichen Hautfibrome und die besonders vom Kinn über Hals, Rücken, Schulter, Oberarm und Brust ausgedehnte, stark pigmentierte Elephantiasis mollis. An den Geschwülsten selbst ist nichts von einer plexiformen Anordnung, nichts von Strängen zu konstatieren. Die Sensibilität der elephantiastischen Bildung ist normal. Der erste kleine Knoten und die Hautwulst am Kinn sind im ersten Lebensjahre bemerkt worden. Therapeutisch sind Injektionen von Jodtinktur, Alkohollösung, dann Elektrolyse versucht worden, alles ohne Erfolg. Operative Eingriffe verliefen unter antiseptischen Kautelen glatt. *L. Hoffmann-Berlin.*

III. Pigmentanomalien.

Ein Fall von Braunfärbung der Haut nach längerem Arsengebrauch bei Basedowscher Krankheit, von Dr. R. Förster in Dresden. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 50.) Bei einem $10^1/_2$jähr. Patienten zeigte sich nach einem Gebrauch von circa 55 g. Liq. kal. arsen. eine bräunliche Färbung der Haut, welche am Hals begann, sich über den obern Teil der Brust dann ausdehnte. Unmittelbar unter den Brustwarzen, fast in Kreisform um den Körper abgegrenzt, beginnt eine noch wesentlich stärkere Braunfärbung, die am Unterleib geradezu tiefbraun wird, während der Rücken sich etwas heller hält. Das Gesäfs und die oberen Teile der Oberschenkel sind noch sehr dunkelbraun, weiter abwärts hellere Färbung. Beide Seiten verhalten sich überall gleich. Nach Aussetzen des Arsenik schwindet allmählich die Färbung.

L. Hoffmann-Berlin.

Mifsbildungen.

Über einen Fall von kongenitaler Alopecie, von Paul de Molènes. (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. S. 548.) Nach einer Übersicht über die betreffende Litteratur teilt Verf. uns seinen Fall mit. Es handelte sich um ein kleines Mädchen, das mit 16 Monaten noch völlig haarlos war. Selbst Augenbrauen und Cilien fehlten. Die Nägel jedoch waren, bei dem sonst auch völlig gesunden Kinde, normal. Die Mutter und ein Bruder des Mädchens hatten zeitweise an Haarschwund gelitten. — Verf. verordnete Einreibungen und Waschungen mit Acid. salicyl., Hg-Lösungen u. s. w. Fünf Monate nach Einleitung dieser Behandlung zeigten sich die ersten Haare, und jetzt, mit $3^1/_2$ Jahren, hat das Kind normalen Haarwuchs; nur eine Stelle hinter dem linken Ohr ist kahl geblieben. — De Molènes nimmt an, dafs es sich bei den drei Mitgliedern der männlichen Familie um eine nervöse Hautstörung handle, da er anderen Ursachen der Alopecie bestimmt ausschliefsen kann.

Türkheim-Hamburg.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Neuere Beiträge zur Lehre der Strikturen, von Dr. H. Alapi. Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein zu Budapest 1890. 15. November. (*Orvosi Hetilap.* 1890. No. 47.)

Den Harnröhrenkaliber betreffend herrscht ein Widerspruch zwischen den an Leichen gewonnenen Resultaten Guyons und Campenons und zwischen den auf Lebenden erzielten von Otis und seinen Getreuen, also auch A's. Die Ursachen dieses Widerspruches zu ermitteln, machte Alapi an 22 Leichen Messungen und zwar derart, dafs er zuerst die Harnröhre mit einer, durch die äufsere Öffnung eben hineinschlüpfende Knopfbougie untersuchte; in jenen 21 Fällen, wo er derartig keine Verengerung vorfand, führte er nach vorgängiger ausgiebiger Spaltung der äufseren Öffnung solche dicke Knopfbougies ein, deren Dicke den Normalkaliber der betreffenden Urethra entsprach. — In 11 Fällen schlüpfte diese Sonde leicht bis zum Isthmus hinein. Nachher führte A. ebenso dicke cylindrische Sonden ein, wobei er in den ersten 2 Fällen fand, dafs durch Forcierung der in Leichenstarre befindlichen Muskeln der p. membranacea einmal Epithelabschürfung im Bulbus und ein anderesmal Rifs in der Schleimhaut der p. membr. stattfand, in die letztere Partie führte er bei seinen späteren Versuchen erst nach vorgängiger Erweiterung mit dünneren Sonden die entsprechende Nummer. Die Sektion ergab, dafs aufser den genannten zwei Schädigungen in den übrigen Fällen keine Risse entstanden, obgleich die eingeführten Sonden zwischen 28—38 Ch. variierten. In den übrigen 11 Fällen, wo die dem Normalkaliber entsprechende Knopfbougie an irgend einem Punkte des spongiösen Teiles an ein Hindernis stiefs, wurden die Verhältnisse dieses Hindernisses mit dünneren Knopfsonden festgestellt. Es war jetzt wichtig, festzustellen, ob die verengerten Stellen nur physiologische Variationen darstellten, oder ob sie pathologische Strikturen waren. Zur Beurteilung standen 3 Faktoren zu Gebote: 1) die makroskopische sichtbare Veränderung der Schleimhaut war in 6 Fällen vorhanden, in 5 Fällen zeigte sich nichts Abnormes. Die mikroskopischen Veränderungen waren auch geringfügige. 2) Hypertrophie der Blase wurde in 8 Fällen gefunden; andere hindernde Momente der Entleerung als die Striktur war nicht nachzuweisen. 3) Mikroskopisch wurden von Dr. Buday 9 Fälle untersucht und in 7 Fällen — zwar nicht hochgradige — Veränderungen gefunden.

Alapi zweifelt nicht daran, dafs die von den französischen Autoren beoachteten Risse ihren Grund darin hatten, dafs die eingerissenen Harnröhren nicht gesund sondern an solchen weiten Strikturen erkrankt waren; dazu kam noch, dafs sie die individuellen Schwankungen des Kalibers nicht in Betracht zogen.

A. glaubt auch durch Versuche an Leichen für erwiesen:

1. Der Kaliber der männlichen Harnröhre varriiert individuell. Der individuelle Kaliber kann aus der Peripherie des Penis ausgerechnet, und durch den Urethrometer oder Knopfsonde abgemessen werden.

2. Die gesunde Harnröhre wird durch die dem Normalkaliber entsprechende Sonde nicht beschädigt.

3. Wenn im spongiösen Teile solche verengte Stellen sind, vor welchen und hinter welchen die Harnröhre weiter ist, sind diese verengte Stellen pathologische Strikturen.

4. Diese Strikturen, wenn sie weiter als die Öffnung des Orif. ext. sind, können nicht durch der Öffnung entsprechend dicke Sonden ermittelt werden; ihr Vorhandensein kann nur mittels der dem Normalkaliber entsprechenden Knopfbougie (oder Urethrometer) ermittelt, respektive ausgeschlossen werden. (Nach dem Autoreferat.) *Róna-Budapest.*

Die Spinalirritation und ihre Beziehungen zu den Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane, von Dr. A. Peyer in Zürich. (*Klin. Zeit- und Streitfragen.* 1890. Bd. IV. Heft 6.) Der Verf. schildert das klinische Auftreten der Spinalirritation, illustriert das Gesagte durch Anführung mehrerer typischer Krank-

heitsfälle, bezeichnet als das Wesen der Krankheit eine abnorme Reizbarkeit der spinalen Nervencentren, bedingt durch Anämie oder durch Hyperämie, gibt als häufigste pathogenetische Momente die sexuelle Überreizung, verschleppte Masturbation, ungestillte Liebe und Aufstachelung der Geschlechtstriebe, krankhafte Pollutionen, Spermatorrhoe und Coitus reservatus an, verbreitet sich über Diagnose, Differentialdiagnose, Verlauf und Prognose und gibt schliefslich als wichtigste Hülfsmittel der Therapie an: Regelung der Diät, Regelung des Stuhlgangs, Massage, Elektrizität, Muskelübungen, Sool-Mineral-Moorbäder, Hydrotherapie; in Fällen, die auf eine chronische Erkrankung des Urogenitalapparates basieren: lokale Behandlung durch Sondierungen, Psychrophor, Applikation von Adstringentien in die Harnröhre.

Dreckmann-Recklinghausen.

Zur Kasuistik der Coitusverletzungen (*Zeitschr. f. Geburtshülfe u. Gynäkol.* Bd. XIX. Heft 2) teilt F. Spaeth drei Fälle mit: bei einem derselben entstand infolge ungestümen und ungeschickten Coitus eine Perforation zwischen Mastdarm und Scheide, bei den beiden anderen war der Coitus trotz Verbotes ausgeführt worden nach einer vorher vorgenommenen Kolpoperineorrhaphie.

Alle 3 Fälle heilten unter entsprechender Behandlung.

Dreckmann-Recklinghausen.

Über die durch abdominelle Anspannung bedingte Epididymitis, von Edw. Martin. (*Med. News.* Nov. 29. 1890.) Das Entstehen einer Epididymitis ohne vorherige gonorrhoische Infektion und ohne ein direktes Trauma ist schon von verschiedenen deutschen und französischen Schriftstellern beschrieben. Verf. teilt zwei Fälle mit; bei dem einen derselben war die gonorrhoische Infektion mit positiver Sicherheit, bei dem anderen mit höchster Wahrscheinlichkeit auszuschliefsen. Das Entstehen der Affektion erklärt Verf. nicht durch die gewöhnlich angenommene coup de fouet-Einwirkung des Cremasters, sondern durch eine plötzliche Überfüllung des ziemlich klappenlosen Plexus spermaticus. Diese Venen zeigen bekanntlich namentlich linkerseits grofse Neigung zu Varicenbildung, was damit übereinstimmt, dafs die allermeisten Fälle von Epididymitis dieser Art auch sich auf der linken Seite entwickeln. Es erscheint durchaus wahrscheinlich, dafs eine abnorme Steigerung der Bauchpresse eine venöse Hyperämie und Hämorrhagie ins Gewebe von Epididymis und Hoden herbeiführen kann. Die (völlig erfolgreiche) Therapie besteht in anfänglicher Ruhe, Entleerung des Mastdarms und Anlegen eines modifizierten Langlebertschen Suspensoriums mit Mackintosheinlage, um die Einwickelung des erkrankten Teils mit feuchter Watte zu ermöglichen, und einer Schnürvorrichtung behufs der Ausübung eines sanften, gleichmäfsigen Druckes.

Philippi-Nieheim.

Hermaphroditismus, von C. W. Fitch. (*New-York med. Journ.* Nov. 22. 1890.) Es wird folgender merkwürdige Fall beschrieben: J. H., beschäftigt sich mit Hausarbeit, ist 28 Jahre alt, 5 Fufs 7 Zoll grofs, von männlichem Aussehen, wiegt 139 Pfd., wurde von polizeiwegen arretiert unter der Anklage betriebsmäfsiger Unzucht. Bei der gerichtsärztlichen Untersuchung fand es sich, dafs sowohl die weiblichen als auch die männlichen Genitalien auffallend gut entwickelt waren. Die grofsen Labien waren von normaler Gröfse aber an der Vorderfläche abgeplattet. Nymphen und Hymen fehlten. Die Scheide war geräumig, und es mafs die vordere Wand $4^1/_4$ Zoll, die hintere 6 Zoll. Das Os uteri war linkerseits eingerissen. Die Person hatte vor 7 J. ein normales, weibliches Kind geboren. An Stelle der Klitoris fand sich ein Penis, welcher im Zustande der Erektion $5^1/_4$ Zoll lang war und einen Umfang von $3^5/_8$ Zoll hatte. Glans penis und Urethra waren vollständig ausgebildet. Das Skrotum enthielt

zwei Hoden von Zolllänge und von einem Umfange von $2^1/_2$ Zoll. Beide Arten von Genitalorganen funktionierten vollständig. Es fanden Ejakulationen von Samen aus der Urethra statt, und die Ovarien brachten, wie man sieht, befruchtungsfähige Ovula hervor. Alle 3 Wochen stellte sich eine spärliche, 2 Tage andauernde Menstruation ein. Geschlechtliche Befriedigung war angeblich zwischen den beiden Geschlechtssystemen gleichmäfsig verteilt. Bis vor 7 Jahren hatte dieses Individuum männliche Kleidung getragen, als es aber damals gravid wurde, war von der Behörde das Anlegen weiblicher Bekleidung anbefohlen worden. *Philippi-Nicheim.*

Über Kallusgeschwülste der männlichen Harnröhre, von Dr. Schuchardt in Stettin. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 45.)

Bei einem 72jährigen Kranken entstand vor ca. 10 Jahren ohne Ursache ein Geschwür am Damm, welches sehr schmerzhaft war und von einem Arzt incidiert wurde. 8—10 Tage vorher seien Störungen in der Entleerung des Urins dagewesen, indem derselbe nur tropfenweise zum Vorschein kam. Nach 6 Wochen war das Geschwür geheilt, nur eine Fistel blieb zurück, aus welcher bisweilen etwas Harn aussickerte. Im Laufe des nächsten halben Jahres vergröfserte sich diese Fistel und es floís auch mehr Urin aus. So blieb der Zustand bis zum Mai v. J.; es stellten sich gröfsere Schmerzen beim Urinlassen ein, weíshalb er Aufnahme im Krankenhaus fand. Die Besichtigung der Dammgegend des leicht fiebernden Kranken ergab eine im ganzen über mannesfaustgroíse, in mehrere unregelmäísige Knollen gesonderte, schmerzlose, unverschiebbare harte Geschwulstmasse, die nach vorne in die beiden Hälften des Hodensacks je einen zweifingerdicken wurstförmigen Fortsatz, welcher die Wurzel des Penis gabelförmig umfaíst und noch eine Strecke weit nach aufwärts, gegen den Leistenring zu sich verfolgen läíst, sendet. Die Leistendrüsen sind beiderseits stark geschwollen. Die Haut ist gegen die Geschwulst überall verschiebbar und zeigt sich nirgends gerötet. Links von der Mittellinie findet sich innerhalb der sonst durchweg sehr harten Geschwulstmasse eine umschriebene weiche, schwappende Stelle, rechts dagegen eine enge Fistel, die in die Geschwulst hineinführt. Ein eingeführter silberner Katheter stöíst an der harten Geschwulstmasse auf einen unüberwindlichen Widerstand. Deíshalb wird die Boudonnière ausgeführt, bei der man auíser auf den Abscefs teils auf ein schwielig fibröses, teils auf ein markiges, wie Sarkomgewebe kommt. Durch einen von hier aus eingeführten weiblichen Katheter wird eine Menge ziemlich trüben, schwach sauren Unrins entleert; die Blase wird mit Borsäurelösung ausgespült. Sämtliche Abscefshöhlen wurden mit Sublimatlösung ausgewaschen und mit Jodoformgaze tamponniert. Auf diese Weise heilte die Wunde und die Geschwulstknoten verschwanden im Laufe von einigen Wochen bis auf geringe Reste. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulstmassen ergab zwischen rein bindegewebigen Teilen mit sparsamen runden und spindelförmigen Kernen einzelne Stellen mit so dicht aneinander gedrängten, teils runden, teils spindelförmigen groískernigen Zellen, vielfach fast ohne Intercellularsubstanz, daís dieselben als sarkomatöse Neubildung zu deuten war; der klinische Verlauf sprach aber nur für monströsen Kallus. Die Ätiologie ist in Harninfiltrationen und Harnröhrenverengerung zu suchen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über einen eigentümlichen Tumor des Corpus cavernosum, von Alfred Pousson. (*Annal. de la Policlin. de Bordeaux.* Bd. I. Heft 1. S. 25.) Ein 36jähriger Schiffsoffizier hatte nach einem etwas gewaltsamen Coitus einen Tumor in seinem Glied entdeckt. Dieser Tumor liegt zwischen Haut und Corpus cavernosum dextrum, beginnt gleich hinter der Glans und hat eine Länge von 2 cm. An seinem hintern Ende ist er mit der fibrösen Hülle des Schwellkörpers verwachsen. Er fühlt sich

ungefähr an wie der Ohrknorpel und macht keinerlei Beschwerden. Der Träger dieses Knotens erweist sich in der Untersuchung als Diabetiker und der Tumor verschwindet unter einer antidiabetischen Behandlung.

Nach Pousson handelte es sich hier um eine Verhärtung des Corpus cavernosum. Auf das Vorkommen derartiger Verhärtungen bei Gicht und Diabetes habe Tuffier in einer neuerlichen Arbeit hingewiesen. Derselbe fand, dafs von 26 Inhabern solcher Verhärtungen der Schwellkörper 15 gichtisch und 11 diabetisch waren. — Die histologische Untersuchung eines derartigen Tumors scheint noch nicht vorzuliegen, wiewohl das Verschwinden derselben äufserst selten ist. *Türkheim-Hamburg.*

Harnröhrenverengerung; Cystitis; Urethrotomia interna; das Urinieren wird erst möglich nach Aufhören der Blasen-Entzündung und Reizung, von A. Pousson. (*Annal. de la Policlin. de Bordeaux.* Bd. I. Heft 1. S. 28.) An der, mit denkbar gröfster Ausführlichkeit mitgeteilten Krankengeschichte sind zwei Punkte auffallend. Einmal der in der Überschrift mitgeteilte, dafs der Kranke trotz erfolgreicher Urethrotomie nicht urinieren konnte. P. führt diesen Umstand auf die Kontraktion der Blasenmuskulatur zurück. Interessanter aber erscheint das folgende Verhalten, das auch Referent mehrfach beobachtet hat. Die Versuche, die Striktur mittelst Sonden zu erweitern, waren im besten Gange, als eines Tages dabei eine Blutung eintrat, die Sondierungen schmerzhaft wurden und man wieder zu niedrigern Nummern greifen mufste. Leider giebt uns der Verf. für dieses nicht seltene Verhalten keine Erklärung. *Türkheim-Hamburg.*

Ein Fall von blutigen Samenergiefsungen bei einem jungen Menschen, der aus unbekannten Ursachen eine Striktur erworben hatte, von A. Pousson. (*Annal. de la Policlin. de Bordeaux.* Bd. I. Heft 1. S. 35.) Die Striktur machte keinerlei Symptome; nach ihrer Erweiterung verschwanden die Blutbeimischungen zum Samen. *Türkheim-Hamburg.*

Über eine seltene Komplikation der Vulvitis bei kleinen Mädchen, von E. Berger. (*Annal. de la Policlin. de Bordeaux.* Bd. I. Heft 1. S. 37.) Bei einem kleinen 6jährigen Mädchen gesellte sich Blasenkatarrh zu einer bestehenden Leukorrhoe. Da der Blasenkatarrh bei kleinen Kindern ein äufserst seltenes Vorkommnis ist, so verdient dieser Fall Beachtung. — Die Behandlung mit Einspritzungen von Höllenstein-Lösung war erfolgreich. *Türkheim-Hamburg.*

J. A. Fort berichtet in dem *Journ. des mal. cut. et syph.* Bd. II. S. 171 über 4 Fälle von **erfolgreicher linearer Elektrolyse bei Harnröhrenstriktur,** die zu weitern Versuchen nach dieser Richtung ermutigen dürften. *Türkheim-Hamburg.*

Einen Fall von **vaginaler Hämorrhagie** bei einem dreijährigen Kinde teilt Duchaussoy im *Journ. des mal. cut. et syph.* Bd. II. S. 177 mit. Der die Blutung bedingende erektile Tumor wurde mittelst Ecraseurs und interstitieller Einspritzungen von Ferrum sesquichlor. entfernt. — Ausgang in Heilung. *Türkheim-Hamburg.*

Gonorrhoe und Komplikationen.

Vermag der Compressor urethrae das Weiterschreiten der akuten Gonorrhoe zu verhindern? Von Dr. S. Róna. (*Orvosi Hetilap.* 1890. No. 43). Autoreferat.

R. nimmt, wie es heute (Fürbringer ausgenommen) allgemein geschieht, aus Rücksicht auf Symptomatologie und Therapie die Zweiteilung der Urethritis gonorrhoica an, aber entgegen der Auffassung, dafs die typische akute Gonorrhoe gewöhnlich nur bis zum Isthmus schreitet — und hier infolge des Schliefsapparates stehen bleibt, wenn nicht äufsere (mechanische Ursachen: schwere Arbeit, Springen, Reiten, Tanzen, Coitus etc.) und innere (Diathese: Tuberkulosis, Lues) Momente mitwirken und das Bezwingen des Compressor unterstützen, hält er mit Fürbringer — und zwar seinerseits aus folgenden Gründen:

1) Das Sekret der akuten Gonorrhoe, welche bis zum Bulbus vordringt, ist mit aktiven Mikroorganismen saturiert, und Fürbringer fragt mit Recht, ob denn den Gonokokkus der Compressor allein am Weiterschreiten verhinderte? Dieser Frage können wir noch folgende anschliefsen: Jene Gonokokken soll der Schliefsmuskel am Weiterschreiten verhindern, welche bei Coitus oder Coitusversuchen auch ohne nachweisliche direkte Eitereinwanderung bis zur Fossa navicularis zu wandern, welche in die feinen paraurethralen und präputialen Gänge einzudringen vermögen, und welche durch die Spalten der Epithelzellen aktiv in die Tiefe, ja selbst in die Eiter- und Epithelzellen gelangen können? Und jener Schliefsmuskel könnte dies thun, welcher doch stets ein haarfeines Lumen aufrecht erhält, und welcher die hintere Partie vor Lufteindringen absolut nicht zu schützen vermag?

2) Eine ganze Reihe von Beobachtungen steht zur Verfügung, aus welchen her vorgeht, dafs von jedweder Diathese freie, sich mit ihrem akuten Tripper im Bette aufhaltende und sich ruhig nach den Regeln der individuellen und allgemeinen Hygiene verhaltende Personen am Ende der zweiten Woche oder in der dritten Woche entweder eine Urethritis postica allein oder auch deren Komplikationen durmachen mufsten.

3) Wieder einige gut beobachtete Fälle akuten Trippers stehen R. zur Verfügung in welchen nebst dem Tripper Tuberkulose oder Lues zu sehen war, und trotzdem keine Urethritis postica entstand.

4) Die Urethritis post. ist eine viel häufigere Erscheinung als man für gewöhnlich annimmt, und als man sie als Komplikation erwarten müfste. Die Häufigkeit der Urethritis post. beobachtete Guyon (1883) in 28,1 %, Jadassohn sogar (1889) 87,7 %. Aber diese Angaben bezogen sich auf vorwiegend chronische Urethritiden. Kraud beobachtete bei 80 % aller Fälle Ur. post. [1]

Meine eigenen Beobachtungen bezogen sich auf 159 Fälle akuter und 166 chron. Gonorrhoe, welche vom 1. Januar 1889 bis 1. Juni 1890 auf meiner Poliklinik behandelt wurden. In der ersten Reihe von Fällen (Dauer 8—10 Wochen) war Ur. post. in 62 % nachgewiesen. In der zweiten Reihe (Dauer über 10 Wochen) kamen schon mit Ur. post. chr. 23 Fälle in Behandlung und bei 51 trat während der Behandlung Ur. post. auf. Da 40 Fälle nur 1—2 mal beobachtet wurden und ausblieben — kommen sie nicht in Betracht — und hiemit ist die Zahl der Ur. post. bei der zweiten Reihe auf 66,6 % zu stellen. (Bemerkt mufs werden, dafs nur die Zweigläserprobe zur Untersuchung diente, und dafs also die Zahl gewifs noch eine gröfsere gewesen sein mufs).

5) Zu diesen Daten füge ich noch hinzu, dafs nach meinen eingehenden (auch endoskopischen) Untersuchungen in jenen Fällen, wo der akute Tripper bis zum Bulbus vorgeschritten war, nur ausnahmsweise keine Ur. post. entstand; weiter, dafs auch zur chron. U. anterior, sich nur damals eine

[1] Nach Niederschreibung dieses Artikels bekam ich Letzels Statistik in die Hände, in welcher die Ur. post. in 92,5 % bei akuten Fällen festgestellt wird.

postica gesellte, wenn der chron. Prozefs recrudescierte und progressiv wurde, endlich, dafs die ohne posterior geheilten oder chronisch gewordenen Fälle in den meisten Fällen die pars pendula nicht überschritten haben.

Aus allen diesen Gründen folgert R., dafs der Compressor nicht imstande ist die akute Gonorrhoe in ihrem Weiterschreiten zu hindern, und dafs, wenn der Prozefs bis zum Bulbus vordrang, hier nicht stehen bleibt, sondern spontan auf die Pars postica übergeht.

Mit diesen ist der helfende Einfluſs der äuſseren und inneren Umstände nicht tangiert. Es ist unleugbar, dafs sie grofsen Anteil an der Häufigkeit der Ur. post. haben, aber das will R. nicht so gedacht wissen, dafs sie den Compressor bezwingen helfen. Diese Hülfe faſst R. folgendermafsen auf.

Der akute Tripper entsteht, einzelne Ausnahmen abgerechnet, stets in der Fossa navicularis, und schreitet von hier nach rückwärts. So lange nun die Gonorrhoe in der Pars pendula sitzt und nicht die erste Krümmung übertritt, birgt sie für die Urethra post. weniger Gefahr. Sobald aber die erste Krümmung durch den Prozefs überholt wird, schreitet dieser unaufhaltbar bis zum Bulbus und der hier im stagnierenden Eiter sich in grofser Zahl aufhaltende Gonokokkus respektiert nicht den Compressor und es entsteht die Ur. post.

Also nicht der Compressor sondern die anatomischen Verhältnisse des Gliedes und der Urethra glaubt R. als Ursache dessen annehmen zu können, dafs in jenen nicht häufigen Fällen im Verlaufe eines akuten Trippers keine U. post. auftritt, und alle jene Momente, die von Guyon und seinen Schülern als helfende Momente (als: schwere Körperbewegungen, mühsame Arbeit, Heben, Springen, Tanzen, Reiten, Bergsteigen etc.) nicht den Compressor sondern die anat. günstigen Verhältnisse der p. pendula aufheben, so dafs der Prozefs viel rascher und in gröfserem Mafse sich hinter die Krümmung begibt. Dieselbe Rollespielen die unvorsichtigen Injektionen, besonders auch der Coitus und die Erektionen. All diese gleichen die gegebenen günstigen Verhältnisse der P. pendula aus und treiben den Prozefs viel eher bis zum Bulbus als es spontan geschehen konnte. Und weil eben einer oder anderer dieser Umstände unausweislich ist, ist die Ur. post. so häufig zu beobachten, so dafs man jene Fälle für Ausnahmen machen mufs, die nicht post. werden und bei denen der Prozefs auf die P. pend. lokalisiert bleibt.

Über eine heimtückische, schwere Form der gonorrhoischen Ophthalmie. Von A. Trousseau. (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. Heft 6. S. 496.) Bei einem mit Tripper behafteten jungen Menschen traten am 14. Tage nach Bestehen einer scheinbar einfachen Conjunctivitis plötzlich Corneal-Geschwüre auf, die mit völliger Zerstörung beider Hornhäute endeten. In dem Eiter war der Gonococcus Neisser massenhaft vertreten. — Eine nachträgliche Infektion der Augen im Krankenhaus konnte mit Sicherheit ausgeschlossen wurden. *Türkheim-Hamburg.*

Beiträge zur Ichthyoltherapie, von Dr. Köster (Syke). (*Deutsche Med. Ztg.* 1890. No. 87.) Verf. wandte in 3 Fällen von männlichem Harnröhrentripper und in 1 Falle von weiblicher Cystitis gonorrhoica eine Injektion einer 1 %igen Ichthyollösung mit ausgezeichnetem Erfolge an. *Leistikow-Hamburg.*

Verschiedenes.

Beitrag zur Ätiologie und Pathogenie der schwarzen Haarzunge, von H. Wallraud. (*Thèse de Paris.* 26. Juni 1890.) Über den Ursprung dieser Erkrankung sind vier Ansichten geäufsert worden. Eulenberg (im J. 1853) hatte sie zugeschrieben einer Ablagerung von Pigmentkörnchen im Zungenepithel, aber die späteren histologischen Untersuchungen haben sich insgesamt im entgegengesetzten Sinne ausgesprochen. Man hat die anormale Verfärbung der Zunge zurückgeführt auf die Wirkung gewisser Nahrungsmittel oder gewisser Getränke; aber diese Annahme erklärt nicht die papillare Hypertrophie, die eine wesentliche Erscheinung bildet; andrerseits bewahrt die Verfärbung ihre ganze Stärke, selbst wenn der Patient einer ausschliefslichen Mitteldiät unterworfen wird. Raynard (1869 u. 1875), Lancereaux (1876), Dessois (1878) haben bei Fällen von schwarzer Zunge Sporen und Mycelien beschrieben. In Dänemark Sell, in England Butlin haben gleichfalls die parasitäre Theorie angenommen. In der letzten Zeit haben Cornil und Ranvier festgestellt, dafs im Bereich der schwarzen Flecke die Papillen Tausende von chromogenen Mikrokokken enthalten, die sich von denen einer normalen Zunge nur durch die schwarze Verfärbung unterscheiden. — Nichtsdestoweniger schliefst sich der Verf. einer vierten Theorie an, die die Erkrankung mit einer Ernährungsstörung des epithelialen Lagers in Zusammenhang bringt. Normalerweise fällt dies Lager ab, bevor es den Prozefs der Zerstörung durchgemacht. In Fällen der schwarzen Zunge hingegen vollzieht sich die Verhornung wie an der Epidermisoberfläche; die Zellen des Rete Malpighi enthalten Eleïdin und die oberflächlichen Zellen verlieren den Kern. Was die schwärzliche Verfärbung anbetrifft, so wäre sie darauf zu beziehen, dafs jede ältere Hornschicht dunkler wird. Es würde sich somit um eine Hyperkeratose handeln, wie wir sie analog bei der Ichthyosis finden. Es bleiben noch nachzuweisen das primum movens d. h. die Ursache der trophischen Störung. Der Verf. nimmt einen nervösen Ursprung an und dieser Gedanke wurde ihm nahegebracht durch einen beobachteten Fall, in dem die Erkrankung sich im Verlauf einer hartnäckigen Trigeminusneuralgie mit lancinierenden Schmerzen in der Zunge entwickelt hatte.

Jeanselme-Paris.

Anwendung der Elektrolyse (nach Riche) zum Nachweis von Quecksilber in pathologischen Flüssigkeiten, von H. Cathelineau. (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. S. 545.) Das Verfahren wird in Kürze angegeben; die Erfolge sind recht zufriedenstellende. *Türkheim-Hamburg.*

Über die Mängel der zur Zeit üblichen Prostituiertenuntersuchung, von Prof. Dr. A. Neisser in Breslau. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890.) N., welcher ein entschiedener Verteidiger einer staatlich und gesetzlich geregelten Beaufsichtigung der Prostitution ist, die thatsächlich die venerischen Krankheiten verbreitet, verlangt, dafs die bisherige in einfacher Inspektion, Spekulumuntersuchung, Mundhöhlenbesichtigung bestehende Untersuchung durch die mikroskopische, auf Gonokokken gerichtete Untersuchung des Urethral- und Cervikalsekrets zu vervollständigen sei. Die ärztliche Thätigkeit in den Untersuchungsstunden, zu welchen sich die Prostituierten zwangsweise einzufinden haben, soll nicht blofs eine einfach untersuchende

sein, sondern zugleich eine ambulatorisch behandelnde, und zwar gleichermafsen aus 1. hygienischen und prophylaktischen Gesichtspunkten, 2. wie aus Rücksicht auf die finanzielle Belastung der die Kosten der Sanitätspolizei tragenden Kommunen.

L. Hoffmann-Berlin.

Über die Bedeutung des Bleinachweises auf der Haut Bleikranker, von Dr. K. Miura aus Japan. (Aus der med. Klinik des Prof. Gerhardt). (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 44.) In 14 Fällen von Bleikranken und Bleiarbeitern war der Nachweis von Blei in der Haut, nachdem das äufserlich anhaftende Blei auf mechanischem Wege entfernt, vermittelst elektrischer Kataphorese von Schwefelammonium nicht möglich. Der Nachweis des Bleies konnte weder durch einfache Bepinselung noch durch die Kataphorese im Laufe der nächsten Tage erhalten werden, wenn er bereits das erste Mal fehlschlug. Die Bleireaktion der Haut war bei den untersuchten Kranken und Anstreichern an den Fingern, Händen und Vorderarmen am stärksten, an den übrigen gut bedeckten Körperteilen trat sie nur schwach oder meist garnicht auf. Eine Bleiablagerung in der Haut zum Zwecke der Ausscheidung im Sinne du Moulins mufs in allen untersuchten Fällen ausgeschlossen werden. Es empfiehlt sich daher nur, dafür zu sorgen, dafs Bleiarbeiter bei Unterbrechung der Arbeit und namentlich vor den Mahlzeiten ihre Hände mit weinsaurem Ammoniak reinigen, welches das äufserlich haftende Blei gut beseitigt.

L. Hoffmann-Berlin.

Ein Fall von Akromegalie, von Prof. Gerhardt. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 52.) Der 62jähr. Patient, der als Kutscher allen Unbilden der Witterung ausgesetzt war, und daher auch etwas gröfsere Quantitäten Spirituosen zu sich nahm, bekam im Oktober 1888 zuerst Schmerzen im linken Fufsgelenk; dasselbe ist etwas angeschwollen. Dann verbreiteten sich diese Schmerzen auf andere Gelenke, besonders der Füfse und Hände und gingen gleichzeitig einher mit einer Umfangzunahme seiner Gliedmafsen, besonders an den Händen, sodafs man diesen Händen wohl die üblichen Vergleiche von wurstförmigen Fingern, von Ähnlichkeit mit einer Tatze zugestehen kann. Dabei hat sich die Behaarung der Haut geändert, an den Grundphalangen der Finger sind sie büschelförmig geworden. Da, wo die eigentliche Erkrankungsregion abschliefst, im vorderen Drittteil des Vorderarms, geht diese Behaarung mit einem Kranz um den Vorderarm herum. Die Nagelglieder sind sehr verdickt, die Nägel brechen häufig ab, sind quer und längs gestreift, fein längs und grob quer gestreift. Derselbe Zustand zeigt sich an den Füfsen. Bei völlig fieberlosem Zustande leidet er häufig an Schweifsen, besonders an den Gliedmafsen und wiederum am stärksten an der von der Krankheit betroffenen Partie, so an der rechten Hand. Ferner bestehen am Körper ungewöhnlich massenhafte Naevi, z. B. am Halse. Der Patient zeigt aufser einem Tremor eine Schwäche — fast paralytischer Art — an den Extremitäten, ferner eine leichte Atrophie des Deltoideus und das Supraspinatus der rechten Schulter. Die Glandula thyreoidea erscheint atrophisch. *L. Hoffmann-Berlin.*

Tafelerklärung.

Fig. 1 u. 2. stellen einen Naevus dar. — *Fig. 1.* zeigt uns denselben nach einfacher Färbung mit Haematoxylin. Die 3 Cutiszellen in der Mitte führen Pigment; ebenso das Gros der Epithelzellen. Bei a finden sich 2 sogenannte „Pigmentzellen" mit Ausläufern. — *Fig. 2.* zeigt uns dasselbe Präparat, nachdem es mit H_2O_2 entfärbt und mit Haematoxylin und Pikrokarmin nachgefärbt ist. Die 3 Cutiszellen sind pigmentfrei geworden. Ebenso haben die Epithelzellen einen grofsen Teil ihres Pigments verloren. Bei a kann man sich überzeugen, dafs die Ausläufer verschwunden sind, ohne etwas anderes als gewöhnliche Epithelzellen hinterlassen zu haben.

Fig. 3. zeigt uns einen kindlichen Naevus, mit Haematoxylin gefärbt. Bei a und b finden wir Pigmentzellen an der Grenze von Cutis und Epithel; bei d Pigmentzellen, und bei c freies Pigment in der Cutis; gleichzeitig sieht man bei c die Zellanhäufungen in der Cutis.

Fig. 4. zeigt dasselbe Präparat nach Entfärbung mit H_2O_2 und Nachfärbung mit Haematoxylin. Jetzt tritt bei a eine sternförmige Bindegewebszelle, bei b eine Wanderzelle und unter ihr eine körnige Zelle hervor. Aufserdem sieht man darüber 2 Epithelzellen, welche noch Pigment bewahrt haben, im Gegensatz zu der sternförmigen und Wanderzelle. Bei c ist das freie Pigment der Cutis geschwunden, während die Bindegewebszellen (d) noch pigmentiert sind.

Fig. 5. stellt eine Sommersprosse dar. Das Pigment findet sich nur in der tiefsten Epithelschicht.

Fig. 6. zeigt einen Naevus mit reichlicher Pigmentanhäufung frei in der Cutis welche bei oberflächlicher Betrachtung ganz den Eindruck macht, als ob sie in Zellen eingeschlossen wäre.

Fig. 1

Fig. 2

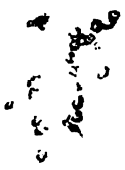


Fig. 3

Fig. 4

Fig. 5

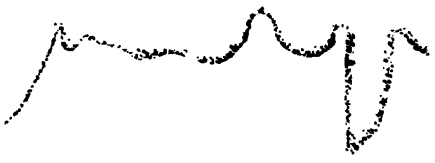


Fig. 6

J. L. Colhoun fecit.

Verlag von LEOPOLD VOSS in HAMBURG.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XII. No. 4. 15. Februar 1891.

Bemerkungen über einige Keratosen der Handteller und der Fufssohlen.

Von

H. G. Brooke,
in Manchester.

Die verschiedenen Formen der Verdickungen der Haut an den Handtellern und Fufssohlen bilden ein verwickeltes Kapitel in der Dermatologie, und wir sind noch weit davon entfernt, dasselbe klar zu übersehen. Einige dieser Formen sind einander namentlich in den vorgeschritteneren Stadien so ähnlich, und die Spuren der unterscheidenden Initialaffektion sind manchmal sämtlich so vollständig verwischt, dafs ohne ein zufälliges aufklärendes Streiflicht es unmöglich wird, klinisch eine bestimmte Differentialdiagnose zu stellen.

Uns allen wohlbekannt sind wenigstens die leichten Grade einiger jener Keratosen, welche blofs eine Lokalerscheinung allgemeiner Hautkrankheiten darstellen, wie z. B. Ekzem, Psoriasis, Syphilis, Lichen planus sowie die im vorigen Jahre in Verbindung mit Pityriasis rubra pilaris (Besnier, Brocq) näher beschriebenen Zustände. Gerade bei dieser Klasse kann die Diagnose besonders schwierig werden, wenn selbst die sorgfältigste Untersuchung nichts weiter erkennen läfst als eine undefinirbare Verdickung der Haut an den Handtellern und Fufssohlen.

Zufällig habe ich gegenwärtig drei Fälle von palmarer und plantarer Keratose in Verbindung mit Lichen planus in Behandlung; jeder derselben ist interessant wegen der ausgesprochenen und von einander abweichenden Erscheinungen.

Lichen planus. No. 1. — Der erste Fall betrifft eine 38jährige Dame (ein Fräulein F.), welche von Herrn Malcolm Morris an mich verwiesen wurde. Sie war zuvor in seiner Behandlung gewesen wegen eines sehr intensiven Anfalls von allgemeinem Lichen planus, welcher während der Rekonvalescenz nach zwei auf einander folgenden Ovarienoperationen sich eingestellt hatte. Als ich sie zuerst zu sehen bekam war die Affektion überall mit Ausnahme der Hände und Füfse wieder verschwunden. Auf der Streckseite beider Extremitäten fanden sich noch zahlreiche charakteristische Papeln und Pigmentflecke, und die Handteller und Fufssohlen sowie die ganze Palmar- und Plantarseite der Finger waren mit einer sehr erheblichen Verdickung der

Epidermis vollständig überzogen. Dieselbe war derbe anzufühlen, und wenn sie nicht fortwährend gut eingesalbt wurde, nahm sie eine trockene und rauhe Beschaffenheit an, die Farbe war gelb und durchscheinend und auf der Oberfläche waren die normalen Furchen und Riffe noch gut erhalten, während die Falten andererseits zum Teil schon verschwunden waren.

In diesem Falle konnte die Diagnose gar keine Schwierigkeit darbieten, denn nicht nur war die Hautverdickung von typischen Planuspapeln umgeben, sondern auch die Oberfläche derselben war besetzt mit erhabenen Knötchen, welche die charakteristische, flache Oberfläche mit einer kleinen, central gelegenen Delle darboten. Das Epithel war zu dick, als dafs man die Basis irgend welcher Papeln hätte erkennen können, aber es war durchsichtig genug um wahrnehmen zu lassen, dafs ein jedes Knötchen von einer, weit unten in der Tiefe gelegenen Papel entsprang. Es bestand keine nachweisbare Herabsetzung der Sensibilität und auch kein Schmerzgefühl, gelegentlich war aber etwas Juckreiz bemerkbar.

Die Fufssohlen haben durch die Behandlung mit Pflastern, Lösungen und Salben von Salicylsäure und Resorcin beinahe eine normale Konsistenz wieder erlangt, aber die Hände sind noch jetzt nur halb abgeheilt infolge der Unbequemlichkeiten, welche das fortwährende Verbundensein derselben der Patientin, einer Schriftstellerin, verursacht. Um das Débris zu entfernen und die Medikamente bis in die tieferen Lagen eindringen zu lassen, war es notwendig Skalpell und Feile anzuwenden, und es wurden Pflaster und erweichende Salben mit Salicylsäure und Resorcin (den einzigen Mitteln, welche sich irgendwie wirksam erwiesen) fast unausgesetzt angewandt.

Am allernützlichsten indessen waren Kompressen mit schwacher Resorcinlösung und ein Bedecken mit Gummihandschuhen in abwechselnder Anwendung mit Resorcinsalbe, eine Behandlungsweise, welche von Unna zur Beseitigung einiger Fälle von Ekzem und von seborrhoischen Veränderungen vielfach angewandt wird.

No. 2. — Der nächste Fall betraf einen 34jährigen Arbeiter, der wegen einer Verdickung an den Fufssohlen ins Hospital kam. Die Affektion verhinderte ihn am Arbeiten, so grofs war der Schmerz, den der Druck des Körpergewichtes auf die Fufsplatten verursachte. In diesem Falle waren nur diejenigen Stellen verdickt, welche dem Druck des Stiefels ausgesetzt waren, nämlich der Ballen, die scharfen Kanten der Zehen und die ganze Hacke. Das Epithel war hier sehr dick, zeigte aber keine Papeln oder Knötchen; im Gegenteil, es war die ganze Oberfläche desselben mit Ausnahme der Seiten der Hacken, wo die Haut aufserordentlich hart und rauh war, völlig eben und sah gewissermafsen wie ein Stück trockenen Traganthgummis aus. Auf der übrigen Fläche der Planta pedis, der Höhlung der Fufssohlen, worauf der Fufs beim Stehen sich nicht stützte, war das Epithel von normaler Dicke, aber die Haut hatte eine tiefe schmutzig-purpurrote Farbe und zeigte eine vollkommen scharfe Abgrenzung. Letztere erstreckte sich in einem mäfsigen Bogen von der grofsen Zehe über die Vereinigungsstelle von Fufssohle und Spann nach der Hacke hin und war durch eine etwas erhabene, schmutzig-rote Grenze und eine einzige Franse gebrochenen Epithels von der jenseitigen normalen Haut getrennt. Da dieses mifsfarbene Gebiet zu der verhornten Masse die ununterbrochene Fortsetzung auf der Fufssohle bildete, so war aller Grund zu der Vermutung gegeben, dafs der nämliche Zustand unter dem dicken, hornartigen Überzug des übrigen Teiles der Fufssohle verborgen war und auch hier die Grundlage bildete.

Wie der Kranke selbst berichtete, war die Affektion allmählich und gänzlich unabhängig von irgend einem Hautausschlage entstanden; so viel er wufste, hatte er sogar nie in seinem Leben an einer Hautkrankheit irgend welcher Art bisher gelitten, indessen kann dieser Behauptung nicht allzuviel Gewicht beigelegt werden, da seine

Intelligenz entschieden zu wünschen übrig liefs. Weder an der Keratose selbst noch an dem Rötungsgebiet fanden sich irgendwelche pathognomonische Symptome der eben erwähnten, allgemeiner bekannten Anomalien; indessen wurden über dem inneren Malleolus des einen Fufses einige alte Papeln von Lichen planus entdeckt und in deren Nähe eine oder zwei tief pigmentierte Maculae. Es ist wohl möglich, dafs die ganze Affektion durch dieselbe Erkrankung bedingt gewesen sein mag, doch ist der Zusammenhang freilich nur ein durchaus hypothetischer. Unter der Einwirkung eines Salicyltheerfirnisses verschwanden die Papeln wie auch zum Teil die Grenzlinie der roten Zone, aber ein so mildes Mittel war selbstverständlich machtlos gegenüber der Masse der Hornsubstanz. Mollin, welches bei anscheinend ähnlichen Zuständen sich oftmals nützlich erwiesen hat wegen der keratolytischen Wirkung des freien Aetzkalis, war nicht imstande mehr als eine erweichende Wirkung hervorzubringen, aber die Anwendung eines fünfprocentigen Salicylpflasters (nach der Formel von Prof. Pick) war bald von Erfolg gekrönt, so dafs er seine Arbeit ohne alle Schmerzen verrichten konnte. Die Überreste werden mit Resorcinkompressen unter einer wasserdichten Umhüllung weiter behandelt.

No. 3. — Bei dem dritten Falle herrscht ein gewisser Zweifel über den genauen Ursprung der epidermoidalen Verdickung. Die Patientin ist eine 50jährige Dame. Vor ungefähr vierundzwanzig Jahren erkrankte sie mit einem Anfall von universellem Lichen planus, der sich eines Morgens einstellte, nachdem sie tags zuvor in erhitztem Zustande sich der Kälte ausgesetzt und eine plötzliche Abkühlung erlitten hatte. Zehn Jahre nachher wurde ihr Arsenik verschrieben in der Hoffnung, auf diese Weise die noch übrig gebliebenen Flecke beseitigen zu können. Die verabreichte Menge des Mittels ist nicht mit Bestimmtheit anzugeben, da aber dasselbe von einem der angesehensten Ärzte Londons verschrieben wurde, so ist nicht anzunehmen, dafs die Gabe irgendwie zu hoch gegriffen wurde. Nachdem das Mittel zwölf Monate hindurch genommen worden war, stellte sich eine erhebliche Entzündung und auch etwas Juckreiz an den Fufssohlen ein. Um dieselbe Zeit wurde eine Stelle auf dem linken Zeigefinger „in derselben Weise" befallen, und an dieser Stelle ist jetzt noch ein Flecken von Lichen planus corneus zu sehen. Den von der Patientin gemachten Angaben nach bildeten sich zunächst an der Fufssohle punktförmige Verdickungen der Haut, welche zu grofsen Flecken konfluierten. Gegenwärtig findet sich ein thalergrofser, verhornter Fleck auf der Aufsenseite des linken Oberschenkels und eine scharf umschriebene, erhabene Fläche von der Gröfse zweier Handteller auf der rechten Lendengegend vor. Letztere Stelle zeigt die typische Lila-Färbung und die rauhe, unregelmäfsige, verhornte Beschaffenheit von altem Lichen planus mit erhabenen, warzenartigen, randständigen Wucherungen.

Die Handteller und Fufssohlen sind frei von dieser rauhen und unregelmäfsigen Beschaffenheit der Oberfläche, im Gegenteil, es sind dieselben vollständig eben und lassen deutlich die normalen Furchen und Wälle der Haut erkennen, aber das Epithel ist um ein Vielfaches dicker als in der Norm. Die Handteller fühlen sich an wie diejenigen eines schwer arbeitenden Arbeitsmannes, jedoch sind sie frei von Kallositäten oder Abschilferungen; die Fufssohlen bieten genau das nämliche Aussehen dar. Die Hand verursacht kein eigentliches Unbehagen, aber die Füfse werden beim Gehen schnell schmerzhaft, wenn sie nicht fortwährend gut eingesalbt gehalten werden. Weder Handteller noch Fufssohlen bieten irgend welche Andeutungen von Entzündung dar, und es wird nur gelegentlich über einen geringen Juckreiz geklagt.

Die Kranke behauptet mit Bestimmtheit, dafs dieser Zustand durch das vor zwölf Jahren eingenommene Arsenik entstanden sei, und erklärt mit Sicherheit, dafs das brennende Gefühl, welches der Entwickelung der Hyperkeratose voranging und

dieselbe begleitete, einesteils beim Aussetzen des Mittels nachliefs und anderenteils sich wieder einstellte, als dasselbe bei einer späteren Gelegenheit wieder verabreicht wurde. Um dieses Verhalten auf die Probe zu stellen, überredete ich sie, eine zeitlang Fowlersche Lösung (gtt. III) einzunehmen, aber sie setzte damit von selbst aus, weil, wie sie angab, dieselben Symptome dadurch wieder hervorgerufen wurden. Da diese Dame eine gute Beobachterin ist und sich nicht leicht Einbildungen hingiebt, so mufs, scheint mir, das Auftreten der angegebenen Symptome als in Zusammenhang mit dem Einnehmen des Medikamentes stehend anerkannt werden, aber trotzdem bleibt es zweifelhaft, ob der Zustand des Epithels auf der Einwirkung des Arseniks beruht. Der Umstand, dafs die Verdickung sich während eines Anfalls von Lichen planus einstellte (eine Krankheit, welche an sich allein schon imstande ist, derartige Veränderungen hervorzurufen), dafs ferner der zweifellose Lichenfleck sich am Finger um dieselbe Zeit entwickelte wie die Affektion an den Fufssohlen, und dafs andere Anzeichen einer Arsenvergiftung fehlen (Conjunctivitis, gastrische Störungen, Pigmentierungen, periphere Neuritis mit Paresen), sprechen alle gegen diese Auffassung. Aufserdem stimmen auch die Zeichen nicht mit denjenigen überein, welche Hutchinson für pathognomonisch für unzweifelhafte Arsenintoxikation angegeben hat; es finden sich weder Spalten noch Vertiefungen, weder psoriasisartige Krusten noch Verfärbungen, sondern einfach eine auf die Handteller, Fufssohlen und Finger beschränkte Hyperkeratose. Da ein jeder Versuch zur Beseitigung eines so chronischen Leidens nur eine zweifelhafte Aussicht auf Erfolg gewähren konnte und überdies für die Patientin mit grofsen Umständlichkeiten verknüpft sein würde, so beschränkte sich die Therapie in diesem Falle auf die Anwendung verschiedener erweichender Salben, unter denen das Mollin ihr am angenehmsten ist. Eine bequeme und wirksame Methode derlei Hornbildungen an den Handtellern und Fufssohlen zu entfernen, bildet jedenfalls ein grofses Desiderium der dermatologischen Praxis.

Keratosis erythematosa. Der folgende interessante Fall von Keratose der Handteller und der Fufssohlen kam erst kürzlich in meine Behandlung.

Derselbe betrifft eine 47jährige Dame (Fräulein G.), welche hauptsächlich über einen chronisch entzündlichen Zustand beider Hände zu klagen hatte. Sämtliche Finger und ein ca. zollbreites Gebiet am Aufsenrande der Handteller waren angeschwollen, entzündet und schmerzhaft. Die Entzündung war nicht sehr intensiv, aber die befallene Region war von tief dunkelroter Farbe, heifs und sehr derbe anzufühlen; sie war scharf abgegrenzt durch eine vom Thenar nach dem Hypothenar im Bogen verlaufende Linie. Auf den dorsalen Flächen, welche nicht so stark affiziert sind, erstreckt sich der entzündliche Zustand nur bis an die Basis der Finger. Die Epithelbedeckung der Palmarseite des erkrankten Teils, mit Ausnahme eines ca. ¼ Zoll breiten Saumes, war hart, trocken und so erheblich verdickt, dafs man die darunter liegende Rotfärbung nicht erkennen konnte. Es bestand ein dumpfer Schmerz, und alle Bewegungen waren durch die Empfindlichkeit und die Verdickung der Haut sehr beeinträchtigt. Über der mittleren Hälfte der Fufssohlen fand sich weder Entzündung noch irgend eine andere Abnormität, aber das Epithel der Hacken, der Fufsballen und der Zehen war deutlich hypertrophiert und zwar in so hohem Mafse, dafs das Gehen infolgedessen schmerzhaft war. Die Fingernägel zeigten Streifungen und geringe Vertiefungen; an den Zehennägeln bestand eine wohlausgeprägte Hyperkeratosis subungualis.

Die Vorgeschichte dieser Anomalieen ist nicht ohne Interesse. Die Patientin hatte bei einer etwas langwierigen Operation Hülfe geleistet, indem sie das Ausdrücken

der Schwämme besorgte und dabei ihre Hände fortwährend in Karbollösung tauchen mufste. Sie hatte dann das übliche Brennen und Taubsein an den Händen, wie es scheint, in ziemlich hohem Mafse empfunden, und anstatt dafs dieses Gefühl, wie sonst der Fall zu sein pflegt, nach einigen Stunden wieder verging, hatte dasselbe, ohne nachzulassen, unausgesetzt seitdem fortgedauert. Das umschriebene, entzündliche Ödem war später allmählich hinzugekommen und hatte im Verlaufe von sechs Monaten sich zu dem Zustand ausgebildet, wie ich es bei Gelegenheit ihres ersten Besuches vorfand. Während der ganzen Zwischenzeit war eine weitere Veränderung nicht eingetreten. Nach der Operation hatte sie die Kranke einige Monate lang gepflegt und war infolge der Sorgen und der Überanstrengung schwach und atonisch geworden. Als ich sie sah, hatte sie aber ihren vorherigen Gesundheitszustand wiedererlangt. Dieser Fall gemahnte an Besniers Keratodermia symmetrica erythematosa, wie dieselbe sich wohl in einem frühen Stadium darstellen mochte. Es waren alle dieselben Symptome nur in einem geringeren Grade vorhanden, und das Leiden war zweifellos durch trophoneurotische Vorgänge bedingt. Jedoch machte das entzündliche Ödem an sich schon es ganz unmöglich, eine zuverlässige Beurteilung einer etwaigen Hypeästhesie oder eines Kräfteverlustes zu gewinnen.

Es wurde ihr angeraten, andauernd eine Salbe mit Ichthyol und Salicylsäure zu gebrauchen und innerlich Ichthyolkapseln (0,3 drei mal täglich) zu nehmen. Bei dieser Behandlung besserte sie sich so rapide, dafs drei Wochen später, als ich sie wieder sah, der Zustand der Handteller, welcher während der letzten achtzehn Monate unverändert geblieben war, so gut wie völlig normal geworden war, und blofs eine nicht besonders auffällige Verdickung der Haut zurückblieb. Die Fufssohlen waren, wie sie mir mitteilte, niemals entzündet gewesen, aber die Haut war allmählich immer dicker geworden in gleichem Mafse, wie die Affektion an den Händen zunahm. Hier hatte unsere Behandlung zwar bei weitem nicht einen so markierten Erfolg wie an den Handtellern, aber unter der Anwendung stärkerer Lösungen ist die Hypertrophie allmählich immer mehr zurückgegangen.[1]

Keratoma palmare. Auffallend verschieden von der beschriebenen Affektion ist das hereditäre Keratoma palmare Unnas, von dem ich in meiner Hospitalspraxis zwei Fälle beobachtet habe. Bei beiden waren die Mutter und eins oder mehrere der Kinder betroffen, und bei beiden ergab die Anamnese ein Betroffensein der Eltern mütterlicherseits, also das Vorhandensein der Affektion bei drei Generationen. In keinem der beiden Fälle war über das Verhalten der entfernteren Vorfahren etwas zu eruiren. Es giebt aber eine Familie, bei der dieses erbliche, abnorme Wachstum bis in die fünfte Generation zurück verfolgt werden konnte (Dale, Referat von Crocker).

Ich hatte Gelegenheit, die Entwickelung der Affektion an einem Säugling, der Tochter einer dieser beiden Mütter zu beobachten. Die Handteller waren, so weit man irgend erkennen konnte, völlig normal, so lange als das Kind noch getragen wurde, und die von Anfang an voll

[1] Seit der Abfassung dieser Notizen habe ich die Patientin wieder gesehen und gefunden, dafs mit Ausnahme einer geringen Verdickung der Haut an den Hacken die ganze Affektion nunmehr abgeheilt ist. Ein anderer Fall, welcher fast identische aber viel deutlicher ausgesprochene Erscheinungen darbot, hat sich noch inzwischen eingefunden und ist mit noch gröfserer Geschwindigkeit zur Heilung gelangt.

kommen charakteristischen Anzeichen entwickelten sich zuerst, als man das Kind auf Händen und Füfsen auf der Erde herumkriechen liefs. Es war dieses das dritte Kind, welches diese Affektion zeigte, und die Mutter erklärte bestimmt, dafs die anderen auf genau die nämliche Art und Weise angefangen hätten, indem die Verdickung und die Irregularität der Oberfläche sich schnell entwickelten, wenn Handteller und Fufssohlen zum Fortbewegen benutzt wurden.

Die übermäfsige Entwickelung des Epithels war in allen diesen Fällen genau die nämliche. Die Verdickung war eine intensive und bedeckte die gesamte Oberfläche der Fufssohlen und der Handteller sowie auch die Beugefläche der Finger und Zehen, aber an der Grenzlinie zwischen Streck- und Beugeseite war die Haut sofort von fast völlig normaler Beschaffenheit. Die Handteller boten das Aussehen einer Ansicht aus der Vogelperspektive über eine mit Bergen, tiefen Thälern und hohen Hochplateaus bedeckte Gegend dar. Die Falten sind nicht verdickt noch auch verwaschen wie bei einigen anderen Hyperkeratosen, sondern sie haben fast ihre normale Dünnheit bewahrt, wodurch die dicken Firsten von verhornter Masse in scharfem Gegensatz dazu deutlich hervortreten. Diese Firsten haben (wahrscheinlich infolge seitlichen Druckes) die Neigung, keilförmig zu werden, eine Eigentümlichkeit, welche ich an allen meinen sechs Fällen wohl entwickelt gefunden habe. Dies sieht man besonders deutlich auf dem an dem proximalen Ende der Finger gelegenen, queren Hautstreifen; die oberhalb und unterhalb von einer tiefen Furche abgeschnittene, verdickte Epidermis bietet das Aussehen eines scharfkantigen Hornringes, der die einzelnen Finger umschliefst, dar. Auf den ebneren Oberflächen sind die gewöhnlichen, interpapillären Linien gut erhalten, haben aber eine Übertreibung der Gestalt erlitten.

Unna heilte einige seiner Fälle durch die Anwendung von Salicylsäure in Gestalt von Äther- und Kollodiumlösungen, Pflastern und Salbe; meine Patienten konnten sich aber nicht entschliefsen, die zur Ausführung einer erfolgreichen Behandlung nötige Mühe auf sich zu nehmen. Die rauhe und aufgebrochene Epidermis, noch dazu mit Schmutz tief infiltriert, bot ein höchst widerwärtiges Aussehen dar, aber die Betreffenden hatten sich hieran schon gewöhnt, und da sie keinen eigentlichen Schmerz dabei ausstanden, hatten sie keine Lust, sich auf einige Wochen durch das Hindernis des unausgesetzten Verbundenseins lahm zu legen.

Was bei allen diesen Keratosen dem Beobachter am meisten auffällt, ist die ungewöhnliche Symmetrie der Läsionen und die Neigung der Affektion, in ganz der nämlichen Weise beide Handteller und Fufssohlen zu befallen. Dieser Umstand berechtigt uns indessen nicht in allen diesen Fällen eine primäre, centrale Ursache anzunehmen, denn es ist ja nichts Ungewöhnliches, einen lokalen ekzematösen Ausschlag in akuter Exacer-

bation einen ganz überraschend symmetrischen Ausbruch von der einen Hand auf die andere oder von den Händen auf die Füfse hervorbringen zu sehen, was anscheinend durch eine specifische Reflexwirkung hervorgerufen wird. Hinwiederum können auch wesentlich trophoneurotische Affektionen (z. B. „Glossy skin") durch Erkrankungen der Nerven in der Peripherie oder in ihrem Stamme bedingt sein. Einige dieser Keratosen sind allem Anscheine nach als primäre, centrale Trophoneurosen aufzufassen, aber bei der grofsen Mehrzahl spricht der Umstand, dafs sie von der einen Extremität auf die entsprechende Stelle der anderen Seite übergreifen oder von den Händen auf die Füfse oder vice versa zu Gunsten der Annahme einer Entstehung auf reflektorischem Wege.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Nieheim.)

Kurze Notiz über Behandlung des Ulcus rodens mit dem UNNAschen Resorcinpflastermull.

Von

Dr. C. Borck
in Christiania.

Dafs Resorcin, besonders in Salbenform, mit Erfolg gegen Krebsgeschwüre angewendet worden ist, ist allbekannt, aber nirgends habe ich die geradezu erstaunlichen Resultate, die man mitunter mittelst des Resorcinflastermulles bei Ulcera rodentia erzielen kann, erwähnt gefunden. Ein paar, in den letzten zwei Monaten in meiner Praxis vorgekommene Fälle werde ich deshalb hier kurz mitteilen.

Ein 72jähriger Gärtner konsultierte mich am 31. Oktober 1890 wegen eines ziemlich grofsen Ulcus rodens auf der rechten Wange. Das ungefähr $1^1/_2$□ Zoll grofse Geschwür hatte schon 10 Jahre bestanden und ein vollständiges Ektropium des unteren Augenlides veranlafst. Die Geschwürsfläche war überall offen, näfste und eiterte. Der Resorcinflastermull wurde sofort appliziert und jeden Tag gewechselt. Schon nach wenigen Tagen war eine deutliche Besserung eingetreten, und nach zwei Monaten war die ganze Geschwürsfläche überhäutet, indem nur hie und da ein kleines nässendes Pünktchen noch vorhanden war. Das Pflaster wird natürlich fortwährend weiter gebraucht.

Ein 82jähriger Beamter suchte am 2. December meinen Rat wegen eines anfangenden Ulcus rodens in der rechten Schläfe. Das runde Geschwür hatte etwa ein halbes Jahr bestanden, mafs im December ungefähr 1 cm oder etwas mehr und zeigte ziemlich erhabene infiltrierte Ränder.

Ich riet deshalb, das ganze Hautstück exstirpieren zu lassen; aber darein wollte der alte Mann nicht einwilligen. Ich applizierte also Resorcinpflaster, und als ich am 18. Januar den Patienten zufälliger Weise wiedersah, war alles schon längst verheilt und jede Behandlung hatte aufgehört. Das Geschwür hatte eine seichte, noch etwas gerötete Narbe hinterlassen. Der Mann war natürlich in seinem Alter sehr zufrieden, daſs er dem Messer entgangen war.

Dies waren, wie gesagt, ganz kurz meine zwei letzten Fälle dieser Art; aber ich erinnere mich aus den letzten Jahren mehrerer ähnlicher Fälle von Ulcus rodens, die bei dieser äuſserst einfachen Applikation geheilt worden sind.

Bemerkungen zur vorhergehenden Notiz über Ulcus rodens.

Von

P. G. Unna.

Die von Boeck mit Recht hervorgehobene, auſsergewöhnlich günstige Wirkung des Resorcinpflastermulls gegen Ulcus rodens ist auch mir seit mehreren Jahren bekannt, und diese Medikation verdient schon wegen ihrer Einfachheit überall dort angewandt zu werden, wo eine Radikalexstirpation nicht thunlich ist. Allein ausreichend ist sie mir nur in einigen Fällen erschienen.

Einen ähnlichen Fall, wie ihn Boeck von dem 82jährigen Beamten berichtet, habe ich vor vier Jahren bei einem Kapitän erlebt, welcher mit einem schon längere Zeit augenärztlicherseits behandelten Ulcus rodens der rechten unteren Augenlides in meine Behandlung kam. Ich schlug ihm eine Exstirpation der linsengroſsen Neubildung vor, aber der Kapitän, der gerade eine Reise nach Südamerika antreten wollte und bei Vornahme der Operation seine Stelle zu verlieren fürchtete, wollte sich nicht darauf einlassen. Ich gab ihm mithin den Resorcinpflastermull mit und auſserdem eine spirituöse 10 %ige Resorcinlösung zur Ätzung bei jedesmaligem Pflasterwechsel, in der Hoffnung, daſs das Karzinom inzwischen nicht weiter um sich greifen werde.

Als ich den Kapitän nach einem halben Jahre wiedersah, fand ich jedoch zu meiner eigenen groſsen Überraschung die ganze Affektion anscheinend geheilt bis auf eine eben wahrnehmbare Verdickung am Konjunktivalrande, und der Patient wollte noch weniger als vorher vom Schneiden wissen. Erst im darauf folgenden Jahre lieſs er sich den Rest des Ulcus

exstirpieren, der inzwischen infolge weniger konsequenter Behandlung sich wieder zu vergrößern angefangen hatte.

Der Pflastermull läßt sich an der Stirne, der Schläfe und dem unteren Augenlide am besten befestigen, und hier hat man auch die besten, unter Umständen radikalen Heilungen darunter zu erwarten. Am wenigsten gut zu applizieren ist derselbe am inneren Canthus und dem oberen Augenlide.

Es seien mir bei dieser Gelegenheit noch zwei Bemerkungen zum Thema des Ulcus rodens gestattet.

Zunächst möchte ich betonen, daß nach meiner Erfahrung keine Art bösartiger Hauttumoren den deutschen Ärzten, speziell den deutschen Chirurgen weniger bekannt zu sein scheint als das Ulcus rodens. Ich speziell habe noch keinen Fall von dieser Affektion zu behandeln gehabt, bei welchem von den früher behandelnden Ärzten die richtige Diagnose gestellt worden war; und zwar scheinen mir die Fälle sich hiernach in zwei Kategorieen zu scheiden.

Die ganz frischen Fälle, welche wenige Wochen oder Monate bestehen, werden wegen ihres unschuldigen Äußern überhaupt nicht als etwas Besonderes, ganz gewiß nicht als ein Karzinom angesehen, ein für den Patienten verhängnisvoller Umstand, denn zu dieser Zeit sind noch alle Ulcera rodentia auf die oben besprochene Weise leicht heilbar.

Die alten, einen größeren Teil des Gesichts einnehmenden Fälle werden dagegen stets für eine Art Lupus gehalten und entsprechend behandelt. Während nur ein wirklicher Lupus auf die beliebte Auskratzung nur mit neuen Herden an der Peripherie oder im Centrum an der Hautoberfläche antwortet, wuchert das Ulcus rodens, wenn es bis dahin sich auch nur unendlich langsam in die Fläche verbreitete, nach jeder Auskratzung rasch in die Tiefe. Auch dann kann es noch jahrelange Pausen im Fortschreiten machen, aber es ist jetzt ein unheilbares, weil auch operativ nicht mehr zu beseitigendes Übel geworden. Zwei dieser großen, unheilbar gewordenen Fälle sollten neuerdings der Kochschen Methode unterworfen werden, immer noch in der Voraussetzung, daß es sich um eine besondere Form von Lupus handle.

Dieser mangelhaften Kenntnis des wahren Ulcus rodens unter den praktischen Ärzten und Chirurgen Deutschlands entspricht das Verhalten der deutschen Lehrbücher der Erkrankung gegenüber. Da gelten meistens die Begriffe flacher Hautkrebs und Ulcus rodens für identisch, und demzufolge wird denn auch jedes oberflächlich sich ausbreitende Karzinom unter Umständen Ulcus rodens genannt. Es wäre daher eine verdienstliche Arbeit, wenn ein deutscher Dermatologe dieser specifisch englischen, von dem irischen Augenarzte Jacob zuerst erkannten Krankheit nach eigenen Erfahrungen in England eine prägnante Schilderung widmen

würde. Das eben zeichnet diese echte Karzinomart aus, daſs sie Monate und Jahre lang nichts weniger als wie ein Karzinom aussieht, keine Drüsenschwellungen nach sich zieht und das Allgemeinbefinden nicht im geringsten stört, während sie doch histologisch von Anfang an und klinisch am Ende stets ein typisches Karzinom ist.

Eine groschengroſse, bläulichweiſse, leicht deprimierte Stelle in der Umgebung der Augen, mit scharfem, feinem, wallartig erhabenem, etwas glänzendem Rande genügt für den Kenner schon, um eine jahrelang sich hinziehende krebsige Erkrankung zu prognostizieren, während alle Symptome, die sonst für Krebs pathognostisch erscheinen, ein Tumor, ein derber, aufgeworfener Wall, besondere Härte, makroskopisch sichtbare Epithelpfröpfe, Schmerzen, Lymphdrüsenschwellung, weiterhin Ulceration mit ihren Folgen, vollkommen fehlen.

Ich kenne auſserdem keine Hauterkrankung, welche mit dem typischen Ulcus rodens im Beginne zu verwechseln wäre. Eine gewisse Ähnlichkeit hat höchstens der Lichen planus anullaris in dem feinen, glänzenden, scharfen Rande, eine Affektion, die viel seltener ist als das Ulcus rodens. Zudem ist das letztere mit sehr wenigen Ausnahmen an die Orbitalregion gebunden; nur wer viele echte Ulcera rodentia gesehen hat, wird eine weitab vom Auge lokalisierte Affektion sicher als Ulcus rodens ansprechen dürfen.

Dieser diagnostischen Bemerkung möchte ich noch eine klinische gegenüberstellen.

Meine Fälle von Ulcus rodens betrafen zum gröſseren Teile Seeleute oder überseeisch gewesene Kaufleute; ein Binnenländer, der nie über See gewesen war, wollte seine Affektion in Ostende acquiriert haben. Da sieht es denn zunächst wie reiner Zufall aus, daſs ich schon dreimal das Ulcus rodens mit einer anderen Hautaffektion vergesellschaftet fand, welche den Seeleuten eigentümlich zu sein scheint, übrigens auch noch nicht beschrieben ist. Solche „Seemannshaut“ dokumentiert sich zunächst durch eine bläulichrote Stauung der Handrücken und des Gesichts, im besonderen der Ohren. Dieselbe hat nichts Charakteristisches und erklärt sich durch die Wirkung der Nässe und Kälte sehr einfach. Charakteristisch dagegen sind die Oberhautveränderungen an denselben Stellen. Die Hornschicht ist in toto verdickt, rauh, rissig und beständig schilfernd. Am Handrücken und am Rand der Ohren finden sich Krusten, die nach zu tiefer Exfoliation der Hornschicht hier und da spontan auftreten und wieder abfallen. An einzelnen Stellen, besonders am Handrücken und an den Wangen, finden sich zerstreut schwielige und selbst flachwarzige Verdickungen, die ebenfalls spontan kommen und gehen. Im Gesichte und an den Ohren erweitern sich einzelne Gefäſsbäume zu umschriebenen Teleangiektasieen. In manchen Fällen finden sich sommersprossenartige

Pigmentflecke über dieselben Flächen verstreut, und endlich stellt sich nach jahrelangem Bestande, besonders an den Rändern der Ohren eine leichte Atrophie der Haut ein.

Alle diese schleichend auftretenden Veränderungen sind nicht so stark ausgeprägt, dafs sie besonders entstellend wirken würden, und da sie aufserdem zu keinen subjektiven Beschwerden Anlafs geben, so legt der Patient denselben meistens keinen Wert bei. In den oben erwähnten Fällen konnte ich aber beobachten, dafs einerseits aus den warzigen Verdickungen kleine Geschwülste vom Charakter der Talgdrüsenadenome entstanden und andererseits die Ulcera rodentia bei ihrer Ausbreitung im Gesichte die Stellen früherer Erosionen und Warzen einnahmen. Ich mufs daher dieser Affektion, die eine unverkennbare Analogie zu dem Ulerythema (Xeroderma) pigmentosum der Kinder zeigt, jedenfalls eine begünstigende Rolle bei der Entwickelung des Ulcus rodens zuschreiben, und es wäre mir interessant zu erfahren, ob andere Fachgenossen über die „Seemannshaut" und ihre Beziehung zum Ulcus rodens ähnliche Beobachtungen gemacht haben. Ein einfaches und gutes Heilmittel für die Seemannshaut fand ich in 2 %iger Resorcinvaseline.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 2. Dezember 1890.

1. Herr G. Lewin. a) **Verhalten des Lupus erythematodes zur Kochschen Injektion,** mit Krankenvorstellungen.

b) Diagnostischer Wert der **Kochschen Injektion bei einzelnen fraglichen syphilitischen Krankheiten der Gelenke und Hoden,** mit Krankenvorstellungen.

Wenn der innere Mediziner und der Chirurg die Behandlung des Lupus erörtern, so darf auch der Dermatologe nicht schweigen. Unberücksichtigt sind bis jetzt die verschiedenen Stadien der Krankheit; denn man darf nicht den Lupus allein als tuberkulöse Hauterkrankung ansehen, sondern es gibt 6 Formen, bei denen die Methode günstig wirken kann. Das Kochsche Mittel stellt nun nicht allein ein Reagens, sondern auch ein Heilmittel für Tuberkulose und Lupus dar. Von den früheren Heilmitteln, welche erst ein Reagens und dann ein Heilmittel sind, ist das Quecksilber und Jodkalium zu nennen. Auch besitzen wir ein Prototyp in der Anwendungsart des Kochschen Heilmittels in den systematischen Einspritzungen von Quecksilber bei Syphilis. Kein anderes Heilmittel ist bisher in dieser ausschliefslichen Art angewendet worden. 6 Arten von Hauterkrankungen müssen wir als tuberkulös ansehen: 1. Lupus vulgaris; 2. die tuberkulösen Geschwüre κατ' ἐξοχήν, die früher als syphilitische behandelt wurden, und besonders an den Öffnungen der Höhlen, Mundhöhle, After, vorkommen; 3. Skrophuloderma; 4. Lupus erythematodes; 5. Verruca tuberculosa cutis, bei welcher Bacillen nachgewiesen sind, und 6. die Leichentuberkeln, in denen ebenfalls Bacillen gefunden sind. Nach Besprechung der verschiedenen Stadien der

lupösen Erkrankungen erwähnt L. hierbei auch den Übergang des Lupus in Karzinom, dessen Vorkommen v. Langenbeck damals leugnete. Seit jener Zeit sind 40 Fälle veröffentlicht worden. Es gibt hiervon 2 Formen, solche, welche aus Ulcerationen und aus Narben hervorgehen. Hier sind die Injektionen nicht mehr indiziert. Ob der Lupus erythematodes tuberkulöser Natur sei, ist sehr zweifelhaft. Noch niemand hat mit Sicherheit Bacillen bei dieser Affektion gefunden. Hebra, Hutchinson etc. behaupten, Lupus erythematodes gehöre nicht zu den lupösen Erkrankungen, andere, wie Vidal, Cazenave seien der Ansicht, der Lupus erythematodes beruhe auf derselben Basis, wie der Lupus vulgaris. Der Lupus erythematodes sei nur dann tuberkulös wenn er mit Lupus vulgaris kombiniert ist, wenn er bei Tuberkulösen vorkommt und wenn der Ausgang tuberkulös ist. Eine Beobachtung findet sich in der Litteratur, wie Lupus erythematodes auf der Schleimhaut der Unterlippe vorhanden war; es gesellte sich Pneumonie mit Ausgang in allgemeine Tuberkulose hinzu. Vidal beobachtete 2 Kranke mit gleichzeitiger Lungentuberkulose, hält jedoch das Zusammentreffen beider Erkrankungen für ein zufälliges.

Tuberkelbacillen sind selbst beim Lupus vulgaris nicht immer zu konstatieren; denn die Bacillen sind bei der Tuberkulose nicht mehr im erkrankten Gewebe, sondern gehen ins gesunde über, weil sie wahrscheinlich — und darauf beruht vielleicht das Verfahren von Koch — in ihren eigenen konzentrierten Ptomaïnen untergehen; daher wird man in den lupös erkrankten Teilen keine Bacillen finden können. Aus diesem Grunde hat L. bei einer 17jähr. Patientin mit Lupus erythematodes discoides der linken Wange die Kochschen Injektionen versucht. Nach der ersten Injektion von 0,005 trat geringe Temperaturerhöhung, um die betreffende Stelle im Gesicht ödematöse Schwellung, erythematöse Röte, schmerzhafte Schwellung der Submaxillardrüse ein. Im Gesicht Lockerung der weifslichen Schuppen an der erkrankten Stelle, im Centrum Hervortreten geringer, blutig gefärbter Flüssigkeit mit Krustenbildung, nach deren Wegnahme die Talgdrüsenöffnungen weit geöffnet und vertieft erscheinen. Nach der vierten Injektion starke allgemeine Reaktion (Temperatur 39°, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen), die örtlichen Erscheinungen in der Umgebung der lupösen Teile sind gleich null, aber bedeutende Verkleinerung, fast um ein Drittel, ist eingetreten. Die zweite Zone zeigt Übergang zur ersten, zur Heilung, und in der Mitte ist die dunkel gefärbte, braunschwarze Kruste heller und dünner geworden. Ein kleiner roter Punkt auf der Nase, welcher wie Akne aussah, wurde viel gröfser, empfindlicher und ist auch jetzt noch zu sehen. Die Einteilung Kaposis in Lupus disseminatus und discoides ist unrichtig, da sie einerseits die Form, andererseits die Multiplicität berücksichtigt; man kann diese Art des Lupus besser in disseminiert und solitär einteilen. Hier liegt die solitäre Form im weiteren Sinne vor. Nach dieser Beobachtung erklärt Vortragender den Lupus erythematodes für tuberkulös. Eine 25jähr. Arbeiterin hat zahlreiche Narben am linken Arm, die mit dem Knochen in Verbindung stehen, Erhabenheiten und Schuppen. Die Diagnose schwankte zwischen Lues und Tuberkulose. Für Syphilis hereditaria sprachen eine Anzahl Papeln durch ihre eigentümliche Gestaltung; bei der gummösen Form der Syphilis sind die kleinen Erhebungen oft im Halbkreise angeordnet. Gegen Lues sprach das Fehlen anderer Erscheinungen. Wegen einiger anderer Symptome konnte an erworbene Syphilis gedacht werden, auch war Tuberkulose nicht auszuschliefsen. Nach der ersten Injektion entstand starke örtliche, weniger starke allgemeine Reaktion. Die erkrankten Teile schwollen an, wurden wärmer. Es konnte hier gut die Reaktionsfähigkeit des Mittels für larvierte Tuberkulose beobachtet werden. Um eine unter dem linken Arm gelegene Narbe zeigte sich ebenfalls Reaktion, zwei kleine dunkelrote Knötchen mit Schuppen bedeckt.

Ein Mann mit Geschwüren an der Stirn, die zum teil bereits vernarbt sind, rechts- und linksseitige Hodenanschwellung. Rechts befindet sich ein Fistelgang zum Hoden, links ist die Geschwulst deutlich vom Nebenhoden gebildet. Die Diagnose schwankte zwischen Syphilis, Epididymitis gonorrhoica und tuberculosa. Gegen Syphilis sprach der Sitz der Anschwellung im Nebenhoden, für Tuberkulose liefs sich der Ort der Affektion und eine gewisse Weichheit anführen. Hereditär war Patient nicht belastet. Nach der ersten Injektion trat starke allgemeine und örtliche Reaktion ein; auffallend kleiner wurde die Anschwellung später nicht.

Der 4. Patient hat zahlreiche, anscheinend syphilitische Geschwüre, Schwellung und Funktionsstörung des rechten Kniegelenks mit nächtlichen Schmerzen. Für Syphilis sprach der sonst schmerzlose Verlauf, ferner die pralle Konsistenz. Nach 2 Injektionen trat weder allgemeine, noch lokale Reaktion ein.

2. Herr Rosenthal berichtet über seine **Erfahrungen mit dem Kochschen Mittel** bei 3 Kranken.

a) Ein 10jähr. Mädchen, welches seit 7 Jahren an Lupus vulgaris exulcerans leidet, erhielt gestern die erste Injektion von 0,005. Darnach heftige Reaktion, Temperatur bis 40°. Heute besteht noch starke Röte, Krustenbildung und Sekret; das Ödem hat wieder nachgelassen.

b) Der Fall ist seit Jahren vielfach behandelt. Erste Injektion vor 8 Tagen. Es bestand eine glatte weifse Narbe links vom Ohr bis zur Nase mit vielen kleinen Knötchen, besonders in der Randzone. Zuerst wurde 0,005, dann mehrmals 0,01 injiziert und starke allgemeine und örtliche Reaktion erzielt. Ein kurativer Effekt ist hier sicher vorhanden. Jetzt ist ein Lupus exfoliativus sichtbar; viele Knötchen sind bereits verschwunden, sie scheinen teilweise resorbiert zu werden, teilweise einzutrocknen und von unten heraus zu exfoliieren. Von Heilung ist bis jetzt selbstverständlich noch keine Rede.

c) Der Kranke mit Lupus beider Ohrmuscheln und der angrenzenden Teile der Wange ist seit 9 Tagen in Behandlung. Nach den Injektionen trat gar keine allgemeine, sondern nur örtliche Reaktion ein. Zugleich bestand Lupus der Conjunctiva, wo sich auch starke Reaktion einstellte. Auch Teile, wo vorher kein Lupus festzustellen war, schwollen an, so dafs derselbe auch hier zu erkennen war.

Bei der ersten Patientin trat nach jeder Injektion ein Ausschlag auf, welcher scharlachartig, wie Miliaria, und nach der dritten Einspritzung wie ein Erythema rubrum aussah.

Diskussion.

Herr Köbner: Die specifische Reaktion, auch im lupösen Gewebe, ist so in die Augen springend, bei einzelnen, unseren Augen ganz unsichtbaren Knötchen inmitten alten Narbengewebes so typisch, dafs diese Thatsache allein in der Dermatotherapie epochemachend sein würde, auch wenn sie nicht die glänzendsten Aussichten in der Therapie des Lupus vulgaris, des wirklich tuberkulösen, eröffnen würde. Die Frage nach der Natur des Lupus ist gegen Kaposi und Schwimmer, welche sich energisch gegen die Identifizierung des Lupus mit Tuberkulose aussprachen, entschieden. Nach Auffindung des Tuberkelbacillus in demselben sei jetzt vollends durch die Reaktion auf die Einspritzungen von Kochs Mittel der Beweis geliefert, dafs der Lupus vulgaris eine echte Tuberkulose der Haut sei und jeder therapeutischen Einwirkung ebenso weiche, wie Tuberkulose anderer Organe. Jedoch müssen wir bis jetzt sagen, dafs trotz der zahlreichen, an ungefähr 50—60 Fällen von Lupus vulgaris hierorts gesehenen, zumeist glänzenden Besserungen bis jetzt selbst unter den am längsten (seit Anfang Oktober) injizierten resp. beobachteten Fällen noch kein Fall von völliger Heilung vorliegt. Auch während der Fortsetzung der Kur treten Recidive selbst

bei der heftigsten lokalen und allgemeinen Wirkung schon jetzt, wie ein Fall beweist, auf. Die klinische Diagnose zwischen Lupus erythematodes und vulgaris darf nicht aufser Acht gelassen werden. Die erste von Lewin vorgestellte Kranke kann die Scheidung zwischen diesen beiden nicht hinwegräumen. Die Patientin erregte den Eindruck eines Lupus vulgaris, welche typisch auf das Kochsche Mittel reagierte. Für einen Lupus erythematodes vermifst Vortr. daselbst alle Anhaltspunkte. Die lange Dauer der Erkrankung in dieser Umschriebenheit auf einer Wange ist kaum jemals beim Lupus erythematodes beobachtet worden. Sicherlich ist das Kochsche Mittel geeignet, eine Entscheidung der Frage mitherbeizuführen. Bei der Hodenanschwellung ist auf Grund des klinischen Befundes und der vorhandenen Fistel wohl sofort die Diagnose auf tuberkulöse Nebenhodenentzündung zu stellen.

Herr Lassar hat eine Anzahl von Kranken mit Lupus erythematodes nach Koch behandelt. In einem Falle von Lupus mit Karzinom reagierte der Lupus ganz deutlich; das Karzinom ist unverändert geblieben. Die Frage nach der Natur des Lupus erythemat. könnte mit diesem diagnostischen Mittel wohl besser als durch andere entschieden werden. Trotz einer Reihe von Injektionen und Beobachtungen ist L. noch nicht zu einem abschliefsenden Urteil gelangt. Sicher aber steht fest, dafs der L. eryth. nicht so reagiert wie der L. vulgaris. Wenn ein Fall in typischer Weise nach 6 Stunden reagiert, so würde L. an der Diagnose Lup. erythem. zweifeln. L. hat 5 Kranke mit Lup. erythem. injiziert.

1. Fall von **narbigem Lup. eryth.** Erst in der Nacht nach der Injektion trat Fieber mit unregelmäfsigem Typus auf. Ein Packet Lymphdrüsen schwoll an, so dafs die Möglichkeit einer andern tuberkulösen Affektion nicht von der Hand zu weisen war. Geringe örtliche Reaktion zeigte sich, etwas Schwellung und Nässen.

2. **Lupus erythematodes disseminatus**, welcher den ganzen Körper einnimmt. Nach mehrmaligen Injektionen bis zu 0,02 trat keine Fieberreaktion ein. Sehr starkes Jucken soll von der Zeit an aufgehört haben.

3. Hier trat starkes Fieber nach der Injektion auf, an den erkrankten Stellen bis auf die Turgescenz, die mit der Fieberhitze verbunden ist, keine Veränderung. Erbliche Belastung liegt hier vor, doch ergab die Sputumuntersuchung nichts Verdächtiges.

4. Reaktion trat nicht ein. Der Lup. erythem. blafste kurze Zeit nach der Injektion erheblich ab; nach einigen Tagen war die Rötung so stark wie vorher.

5. Heute Morgen injizierte L. einen Patienten mit Lup. erythemat., welcher weder allgemeine noch örtliche Reaktion zeigte. — Sicherlich kann nach diesen Prüfungen die Identität des Lup. erythemat. und vulgaris nicht bestätigt werden. Das Vorkommen von Mischformen ist noch weiter zu beobachten. Die differentiell-diagnostische Wichtigkeit des Mittels wird hierdurch bewiesen.

Herr Rosenthal schliefst sich den Bedenken der Vorredner über den von Lewin vorgestellten Fall von Lup. erythem. an und teilt 3 Beobachtungen Neissers von Lup. erythem. mit, wo in keinem Falle örtliche Reaktion und von allgemeiner nur Temperaturerhöhung eintrat.

Herr Behrend warnt vor dem Schematismus, der seit Anwendung des Kochschen Verfahrens einzureifsen drohe. Bei Erkrankungen, welche so ausgeprägte klinische Erscheinungen darbieten, wie der Lupus erythematodes, sei jeden Augenblick eine Trennung möglich. Der Lupus erythematodes stelle eine oberflächliche Erkrankung dar, welche nicht parasitären Charakter zeigt wie der Lupus vulgaris, wo der Gewebszerfall das charakteristische Symptom der entzündlichen Neubildung darstelle.

Herr Isaac berichtet über eine ihm zugegangene Mitteilung Kaposis, welcher 12 Kranke mit Lupus vulgaris, einen mit Lupus erythematodes und einen mit Lepra

tuberosa injizierte. Bei allen Kranken trat örtliche Reaktion ein und alle Erscheinungen, welche beim Lupus vulgaris aufzutreten pflegen.

Herr Lewin erwidert, dafs in seinem ersten Falle von Lupus nicht sogleich Drüsen vorhanden waren, sondern nach der Einspritzung schmerzhaft wurden. Dafs es sich um einen Lupus erythematodes handele, dafür spreche alles, so die Form, der superficielle Sitz, die Ränder, die minimalen Knötchen und vor allem die nach Wegnahme der die Hautaffektion bedeckenden Schüppchen hervortretenden charakteristischen erweiterten Ausführungsgänge der Talgdrüsen.

Herr E. Saalfeld stellt drei nach anderen Methoden behandelte Lupuskranke, bei denen ein relativ gutes Resultat erzielt ist, vor. Bei einem 22jähr. Manne war vor 18 Jahren im Anschlufs an Masern Lupus vulgaris aufgetreten. Die erkrankte Stelle auf der Wange wurde im vorigen Jahre gänzlich ausgeschnitten; jetzt ist daselbst nur eine feine weifse Narbe sichtbar, ein Recidiv bisher nicht eingetreten.

Bei zwei Mädchen im Alter von 18 und 19 Jahren mit Lupus vulgaris auf der Hand, der mit allen möglichen Mitteln behandelt ist, wurde Auslöffelung und unmittelbar folgende Kauterisierung mit Paquelin ausgeführt. Es traten mehrmals Recidive auf; die Patientinnen sind noch in Behandlung; die Stellen sehen gut aus, sind zum grofsen Teil gut vernarbt. *L. Hoffmann-Berlin.*

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 6. Januar 1891.

1. Herr Saalfeld: **Über eine noch nicht beschriebene Hautkrankheit.**

Mitte Oktober 1889 bemerkte S. auf der Ulnarseite der Kuppe seines linken Daumens eine auf Druck schmerzhafte Stelle, ohne dafs eine sichtbare Veränderung vorhanden war, nur fühlte sich die Haut ungefähr in der Gröfse einer Erbse etwas verdickt an. 8 Tage später bemerkte er am locus affectus eine knapp stecknadelkopfgrofse transparente Stelle, die den Eindruck machte, als ob das unter der obersten Schicht gelegene Rete fehlte, respektive durch einen Tropfen Flüssigkeit ersetzt wäre. Die Druckschmerzhaftigkeit wurde dann allmählich geringer. Ungefähr eine Woche nach dem Auftreten dieser sichtbaren Erscheinung zeigte sich ein ebensolcher Fleck auf der Kuppe des rechten Mittelfingers, nachdem einige Tage vorher daselbst ein geringer Schmerz bei Druck bestanden hatte. Circa 2½ Wochen später zeigte sich eine schmerzhafte Stelle des linken Zeigefingers und S. bemerkte einen der eben beschriebenen hellen Punkte auf der Ulnarseite des Fingers und zwar unmittelbar an der Übergangsstelle der Haut zum festsitzenden Nagel; eine vierte analoge Stelle zeigte sich eine Woche darauf, und zwar befand sich diese ungefähr 1 mm von der zuerst beschriebenen am linken Daumen in der Richtung nach dem Handgelenk zu. Diese zuletzt aufgetretene Eruption unterschied sich von den früheren nur dadurch, dafs sie nicht wie diese (wohl ihrer geringen Ausdehnung entsprechend) rund, sondern länglich erschien und eine Ausdehnung von ungefähr 2 mm hatte. Gegen Mitte Dezember waren alle Erscheinungen, ohne Hautveränderung zu hinterlassen, verschwunden. Angestochen hat S. die affizierten Stellen nicht; bis jetzt ist kein Recidiv erfolgt. Irgend welche Deutung über diese eigentümlich isoliert auftretende Blasenbildung — denn als solche glaubt er den ganzen Prozefs ansehen zu dürfen — vermag er nicht zu geben. Ebenso wenig kann er ein ursächliches Moment anführen, da er in jener Zeit mit besonderen, chemischen Mitteln oder Arzneistoffen nichts zu thun hatte. Eine konstitutionelle Ursache ist ebenfalls auszuschliefsen.

Diskussion.

Herr Blaschko erinnert sich, einen Herpes digitalis beobachtet zu haben, wobei es sich damals um ein Recidiv handelt. In diesem Falle war aber nur derselbe Finger befallen. B. glaubt, dafs es sich dabei um eine **praemonitorische Neuralgie** handelt. Saalfeld erwidert hierauf, dafs er vollkommen frei von Neuralgieen sei und war. Seine Affektion spreche auch gegen Herpes, da sie nicht an einer Stelle und nicht im Verlauf eines Nerven vorhanden war.

2. Herr Rosenthal: **Weiterer Bericht über die Behandlung mit dem Kochschen Mittel** mit Krankenvorstellung.

R. berichtet zuerst über die 3 in voriger Sitzung vorgestellten Fälle; das 10jährige Mädchen, welches tuberkulös belastet, dessen Lungen aber frei sind, hatte Drüsenschwellungen am Halse und Lupus an der Lippe und Nase. Die Oberlippe war besonders nebenbei angeschwollen. Nach einer Injektion von 0,005 trat eine heftige Reaktion sowohl allgemeiner als lokaler Art auf; die gleiche Reaktion zeigte sich nach der zweiten Injektion, ja nach der dritten wurde sie noch intensiver, indem die Temperatur bis 41° C. stieg. Infolgedessen verringerte R. die Dosis auf 0,002 und stieg dann allmählich, wobei die allgemeine Reaktion geringer war, obgleich örtlich noch immer dieselben Veränderungen auftraten, nämlich die charakteristischen Ulcerationen, die sich nach Abstofsung des Schorfes zeigten. Jetzt ist die Anschwellung der Oberlippe zurückgegangen, und man sieht im ganzen, dafs der Lupus in seinem Heilungsprozefs weit vorgeschritten ist. Zu erwähnen ist noch, dafs nach 0,005 ein morbillenartiges Exanthem auftrat, wobei eine seröse Transsudation auf den Papeln stattfand, die sich dann unter Schorfbildung abstiefs. Es fand hier also keine Abschilferung unter Schuppenbildung statt.

Die zweite Patientin, die R. vorstellt, war auch schon in voriger Sitzung vorgestellt; bei derselben betrug die Dosis der Injektion anfangs 0,005, wonach allmählich auf 0,008 gestiegen wurde. Neben den örtlichen Symptomen, die wesentlich abgenommen haben, ist auch die allgemeine Reaktion stets geringer geworden. Anfangs bestand grofse Mattigkeit, neben Magen-, Kopf- und Rückenschmerzen, Übelkeit, Erbrechen etc.; jetzt tritt nur noch Erbrechen und Übelkeit auf, die nur kurze Zeit anhalten. Was den Erfolg der Behandlung anbetrifft, so sieht man jetzt keine Knoten mehr, wenn auch der Prozefs noch nicht ganz geheilt ist.

Der dritte vorgestellte Fall betrifft einen **Lupus** beider Wangen und des untern Augenlides. Nachdem der Patient mehrere Injektionen bekommen hatte und der Lupus sich zur Heilung anschickte, unterbrach der Patient 3 Wochen lang die Kur. In dieser Zeit ist ein Recidiv der ganzen rechten Wange und des linken untern Augenlides eingetreten. Ob das schnelle Recidiv mit der Kochschen Injektionsflüssigkeit irgendwie in Verbindung zu bringen ist, ist nicht festzustellen. Bei diesem Patienten traten die lokalen Reaktionen bei 0,005 gr, die allgemeinen bei 0,03 gr ein.

Der vierte Fall betrifft einen 3jähr. Knaben, welcher auf der rechten Wange einen **Lupus** hatte, der durch Paquelin geheilt war; es trat dann in der Mitte der Wange ein Recidiv ein, wogegen die Injektionen angewandt wurden. Es wurde mit $^4/_{10}$ Milligramm begonnen und bis auf $1^1/_2$ Milligr. gestiegen. Dabei war die allgemeine Reaktion gering, die lokale charakteristisch.

Ferner berichtet R. von einem Patienten, der aus Amerika mit der Diagnose Lupus in seine Behandlung kam. Es fand sich auf der linken Wange eine Ulceration und daneben bestanden Knoten; es wurden anfangs 5 Milligr., dann 3, dann 2 Centigramm injiziert, aber es trat niemals eine Reaktion ein, denn es handelte sich um **Karzinom.**

Was nun den **Lupus erythematodes** betrifft, so schliefst R. sich der Ansicht an, dafs der Lupus eryth. nichts mit dem Lupus vulgaris gemein hat, doch hat die Kochsche Flüssigkeit bei einem Patienten einen Einfluſs gehabt. Es trat nach 0,01 Reaktion, sowohl lokal wie allgemein, ein; man beobachtete eine leichte Anschwellung und Rötung der Nasenspitze; leichtes Ödem des Gesichts und beider Ohrmuscheln. Der kurative Effekt ist noch nicht zu bestimmen, doch ist die örtliche Reaktion ganz anders als bei Lupus vulgaris; es fehlt die scharfe umschriebene Röte, die Schmerzhaftigkeit und der rote Entzündungshof um die krankhafte Stelle. R. kommt nach seinen Beobachtungen zu dem Schluſs, dafs der bedeutsame diagnostische Wert der Kochschen Injektionsflüssigkeit über allen Zweifel stehe, dafs die Reaktion eine sehr charakteristische sei, dafs ferner die ulcerierten Formen leicht heilen, die hypertrophischen und elephantiastischen fast bis zur Norm schwinden und dafs also eine vollständige Heilung bei Lupus nicht ausgeschlossen scheint. Auf die Frage, wie lange man injizieren und mit welchen Dosen man beginnen und bis zu welcher Höhe man steigen soll, kann man nur antworten, dafs es von der Individualität der Patienten abhängig ist.

Diskussion.

Herr Lassar will bei Lupus erythematodes keinen Heilerfolg beobachtet haben; in Bezug auf die Schlüsse des Vortragenden will er sich der beobachteten Reserve anschliefsen. Lupusheerde werden wohl zum Schwinden gebracht, doch kann er noch von keiner positiven Heilung sprechen. Bei einem Fall, der bereits 1/4 Jahr lang behandelt ist, ist z. B. noch keine definitive Heilung erzielt. Herr Isaak berichtet über folgende von ihm behandelte Fälle: Ein Knabe mit Lupus der rechten Wange reagierte lokal bei 1/2 Milligramm sehr stark, während eine allgemeine Reaktion nicht erfolgte; am nächsten Tage wurde wieder 1/2 Milligramm injiziert, worauf der Knabe reagierte. Später reagierte er auf 2, ja selbst 4 Milligramm nicht mehr, trotzdem ist das Lupusgewebe fast geheilt.

Eine ältere Frau, die bereits 40 Jahre lang an Lupus leidet, reagierte auf 1 Milligramm, ebenso auf 2 Milligramm; als man die Dosis auf 4—6 Milligramm steigerte, war die Reaktion geringer, als bei den ersten kleineren Dosen.

Bei einer andern Dame hat J. die Beobachtung gemacht, dafs dieselbe wohl allgemein reagierte, doch zeigte sich keine lokale Reaktion, aber man konnte eine Abschilferung des Lupusgewebes konstatieren.

Während allgemein die Ansicht besteht, dafs man beim Lupus ziemlich hohe Dosen anwenden kann, möchte Isaac doch davor warnen und lieber raten, mit kleinen Dosen zu beginnen (bei Kindern mit 1/2, bei Erwachsenen mit 1 Milligramm), da die Allgemeinerscheinungen zu heftig werden können und mit den kleinen Dosen doch lokal dieselben Wirkungen erzielt werden.

Herr Blaschko bemerkt: Dafs Lupus auch mit andern Methoden geheilt werden konnte, geht aus einer Beobachtung hervor, nach welcher ein Patient, der früher mit Wasserstoffsuperoxyd behandelt war, an dieser Stelle nach den Injektionen nicht reagierte. Auch Narben älterer ausgeheilter Fälle reagierten nicht mehr. Auch er warnt vor dem Gebrauch grofser Dosen, indem nach seiner Ansicht schon so geringe Dosen hinreichen, die nur eine minimale lokale Reaktion bedingen. Herr Köbner möchte in Bezug auf die Dosirung sagen, dafs man nach dem in Innsbruck von Jarisch behandelten unglücklich verlaufenen Fall bei Erwachsenen niemals mehr als 1 Milligramm und bei Kindern Bruchteile eines Milligramms anwenden soll, doch sei es erstaunlich, welche Accommodation des Mittels besonders bei den elephantiastischen Formen bestehe. So habe er den Fall von Stabsarzt Köhler, der einen Lupus des ganzen Gesichts betraf, beobachtet und der nach 2 Centigramm nur 38 1/2° C. Tem-

peratur zeigte. Bei Steigerungen bis auf 0,1 war die Temperatur nicht höher, ja bei 4 Gramm blieb die Temperatur normal, ebenso bei 6 Gramm, bei 9 Gramm war sie 37,4° C., bei 10 Gr. 36,9°, bei 11 Gr. 36,8°. Nach einer darauf eingesetzten Pause wurden 10 Gr. injiziert, und die Temperatur betrug darnach 39° C.; doch trat ein Erysipel der einen Gesichtshälfte ein. Selbst jetzt nach einigen 20 Injektionen kann man bei der Patientin noch Lupusknötchen konstatieren. Bei ihr, wo der Heilungsprozefs sich sehr gut anliefs, trat schliefslich keine Reaktion selbst an den Lupusknötchen mehr ein. Bei einem andern Fall, der gleichzeitig Lungentuberkulose hatte, beobachtete man allgemeine Reaktion, aber keine lokale an dem Lupusgewebe.

Diese beiden Fälle sind die einzigen von ca. 70 Fällen, die Köbner verfolgt hat, die nicht reagiert haben. Nach Köbner scheint in der That nur da eine Heilwirkung zu erfolgen, wo gefäfsführendes Bindegewebe um den Lupusknoten sich befindet, während da, wo altes Narbengewebe liegt, keine Reaktion auftritt. Für alle jüngeren Fälle ist es ein ausgezeichnetes Mittel. Was den Lupus erythematodes betrifft, so hat Arning in seinem Bericht mitgeteilt, dafs er keine lokale Reaktion, d. h. die typisch geschwollene entzündliche schmerzhafte Randzone, beobachtet hat, ebenso hat Kaposi bei Lepra tuberosa keine lokale Gewebsreaktion gesehen; ja auch die allgemeine Reaktion ist fast ausgeblieben. Auch die Knoten am weichen und harten Gaumen haben sich nicht geändert. Herr Lewin bleibt bei seiner Behauptung, dafs der von ihm in voriger Sitzung vorgestellte Fall Lupus erythematodes war; sowohl Arning als Kaposi hätten ihm brieflich mitgeteilt, dafs in ihren Fällen später nach Publikation ihrer Aufsätze sowohl allgemeine wie lokale Reaktion eingetreten sei.

Herr Rosenthal erwidert noch in Bezug auf die Dosis, dafs, wenn er auch in dem einen Fall bei dem Kinde 5 Milligramm angewandt habe, er diese Dosis bei Kindern auch für zu hoch hält, später sei er mit derselben heruntergegangen. Man kann mit der Dosis steigen, so lange noch lokale Reaktion vorhanden ist, bleibt solche aus, dann mufs man eine Pause eintreten lassen.

3. Herr Blaschko stellt einen Fall von **Alopecie** vor, über den er in nächster Sitzung ausführlich berichten wird.

4. Herr Palm stellt einen 8jährigen Knaben vor, der seit 3 Jahren an einem juckenden Ausschlag leidet, welcher aus mehr oder weniger kreisrunden Flecken besteht, an deren Peripherie sich Bläschen zeigen, die dann in Blasen und Pusteln übergehen, die wiederum zu Krusten eintrocknen. Das Leiden recidivierte häufig; das Allgemeinbefinden ist normal. P. hält das Leiden für eine **Dermatitis herpetiformis**, welches, obgleich fast über den ganzen Körper ausgebreitet, am Rücken am ausgebildetsten ist. *L. Hoffmann-Berlin.*

Besprechungen.

Gesundheitspflege im Mittelalter, von Dr. med. u. phil. L. Kotelmann. gr. 8° VIII. u. 276 S. Hamburg, 1890. Leopold Voss. M. 6.—. Der auf dem Gebiete der Schulgesundheitspflege rühmlichst bekannte Verf. hat in vorliegendem Werke uns einen neuen Beweis seines ungeheuren Fleifses und seiner grofsen Belesenheit in der einschlägigen Litteratur des Mittelalters gegeben. Denn sämtliche Quellen sind den Predigtsammlungen des Mittelalters entnommen, namentlich denen Bertholds von Regensburg, Meister Eckharts, Johann Taulers, Geiler von Keisersbergs. Da die damaligen Prediger die verschiedensten Seiten des menschlichen Lebens, vornehmlich die praktischen berührten, so nimmt es uns nicht wunder, wenn dieselben mit allen

möglichen Sachen vertraut waren, die wir heutzutage zum Teil wenigstens vergeblich bei unseren Priestern suchen.

So erfahren wir denn im 1. Kapitel über die Ernährung, daſs unsere Vorfahren im Essen und Trinken nicht schlechter gelebt haben als wir, und daſs sie sehr wohl wuſsten, wie die Speisen fein zubereitet werden muſsten. Spaſshaft zu lesen ist es, daſs die Pfarrer und Mönche sich deshalb gram waren, weil die ersteren gern die Hühner, die letzteren gern die Eier aſsen. Infolgedessen verteuerten sie sich gegenseitig ihre Lieblingsspeisen, woraus der gegenseitige Groll entstand. Oder wie Gastgeber gern die Speisen mit viel Pfeffer würzten, damit die Gäste zum fleiſsigen Trinken angeregt wurden. Getrunken wurde Wein und Bier, wie auch heutzutage, Tag und Nacht. Aber nicht nur die Männer auch die Frauen tranken gern einen guten Schluck, und unter den letzteren namentlich die Nonnen. Merkwürdig ist die Ansicht der alten Pfaffen über die Funktion des Magens, welcher mit einem Hafen verglichen wird, in dem die Speisen gesotten werden; das Feuer dazu liefert die dem Magen benachbarte Leber. Das „Suffen" war auch dazumal schon ein „Laster".

Das 2. Kapitel beschäftigt sich mit der Kleidung, Haut- und Haarpflege und ist für den Dermatologen schon bei weitem interessanter. Hören wir, was zur Pflege einer guten Haut erforderlich war. In erster Linie kamen die Bäder in Betracht. Dieselben wurden täglich genommen, warm oder kalt. Jede Mutter muſste ihr Kind baden, das gehörte zu den täglichen Pflichten des Weibes (Kind baden, seugen unn feuermaché). Auch Fuſsbäder erfreuten sich fleiſsiger Anwendung. Nicht baden dürfen, war eine der kirchlichen Strafen für gröbere Vergehen. Nach dem Bade wurden die Glieder massiert.

Zu den damaligen Sitten, resp. Unsitten gehörte das Schminken, was namentlich bei den Prostituierten stark im Schwunge war. Doch übertrug sich diese Unsitte, welche von den Pfaffen stark gegeiſselt ward, auch auf die Frauen und Mädchen und schlieſslich gar auf die Männer. Auch das Parfümieren war stark im Gange, sowie das Ausgleichen der Altersrunzeln im Gesicht.

Was das Haar anbelangt, so wird das Tragen von falschem Haar, das Kräuseln und Färben, das Tragen des lang wallenden Haares bei den Frauen stark gegeiſselt. Das letztere war auch bei den Männern eingerissen, wie bei uns heutzutage die „Künstlermähne". Den Bart ganz zu rasieren, war unnatürlich. Wer allzuviel Sorgfalt auf seinen Bart verwandte, verdeckte dadurch seine Untugenden und seine Dummheit. Genug Sonderheiten bezüglich des Bartes mögen wohl vorgekommen sein, denn etliche trugen denselben nur auf der einen Gesichtshälfte, während die andere geschoren wurde.

Das, was der Verf. über die Kleidung sagt, müssen wir leider des Raumes wegen übergehen; doch sei es den Lesern des Werkes angelegentlichst empfohlen. Sie werden daraus sehen, daſs die Frauen unseres Jahrhunderts diejenigen des Mittelalters in der Putzsucht nicht übertreffen und daſs die Gigerln von heutzutage schon in früheren Jahrhunderten, wenngleich unter anderem Namen existierten.

Das ungleich interessanteste Kapitel ist das über die Prostitution und Unsittlichkeit. In manchmal geradezu drastischer Weise und ohne durch die Blume zu sprechen, wird den Frauen und Männern des Mittelalters die konzessionierte wie die unerlaubte Prostitution, die widernatürliche Unzucht, der künstliche Abortus, die Heirat naher Verwandter, die Kohabitation mit kranken oder graviden Frauenzimmern vor Augen gehalten und ihnen mit denkbar höchsten kirchlichen und jenseitigen Strafen gedroht.

Einen überwältigend komischen Eindruck macht es auf den Leser von heutzutage, wenn er liest, daſs die Stadt Nördlingen i. J. 1472 verordnete, „daſs die Geist-

lichen die Bordelle bei Tage betreten und nur nicht die Nacht dort zubringen durften". Was sagen unsere heutigen Priester zu dieser Toleranz? Überhaupt scheinen es die Priester des Mittelalters ganz besonders stark getrieben zu haben, denn an andrer Stelle heifst es, die Klöster sind Hurenhäuser. Ganz besonders schwere Strafen im Jenseits wurden denjenigen Frauenzimmern angedroht, welche einen Mönch oder Pfaffen verführten oder sich von diesen verführen liefsen.

Näher auf diese delikaten Punkte einzugehen, verbietet uns der knapp zubemessene Raum. Wir schliefsen daher das Referat mit einer kurzen Rekapitulation der 3 restierenden Kapitel, in denen die körperlichen Übungen (Tanz, Ringen, Springen, Wettlaufen, Steinstofsen, Kegelschieben, Scheibenschiefsen und Speerwerfen) und Turniere, die ärztliche Hilfe (Ärzte, Kurpfuscher, Arztnarren, Verhalten des Kranken gegen den Arzt, innere und äufsere Krankheiten, Geburtshilfe und Apotheken, Zaubermittel), und die Krankenpflege und Todtenbestattung abgehandelt werden.

Der ungemein belesene Verf. hat uns durch die Lektüre wirklich amüsante Stunden verschafft und wir nehmen deshalb keinen Anstand, das Buch unsern Lesern auf das Wärmste zu empfehlen. Die Ausstattung vonseiten des Verlegers ist eine tadellose. *P. Taenzer-Bremen.*

Internationale Übersicht der Bibliographie. Herausgegeben von Jules Rouvier. Bd. II. No. 3. Paris 1890, Vve. Jacques Lechevalier. (Abonnementspreis 10 Franken jährlich.) Mit anerkennenswertem Fleifse und grofsem Geschick hat es sich der V. angelegen sein lassen, die sämtliche medizinische Litteratur zusammenzustellen, um den litterarisch-thätigen Kollegen das Aufsuchen zu erleichtern. 39 Unterabteilungen machen das gesamte Gebiet sehr übersichtlich. Ob sich die ungeheure Arbeit lohnen wird, bleibt, da ja der in Amerika erscheinende und bereits sehr eingebürgerte Index medicus dieselben Ziele verfolgt, sehr zweifelhaft. Immerhin werden die Litteraten unter den Medizinern das Werk mit Freuden begrüfsen und können wir es denselben nur warm empfehlen. *P. Taenzer-Bremen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Physiologisches.

Prof. Giovannini teilte in der Sitzung (18. April 1890) der königlichen medizinischen Akademie zu Turin seine Untersuchungsresultate über die **Veränderung der Follikel nach einer Depilation und über die Art und Weise der Haarneubildung** mit.

1. Das ausgezogene Haar kommt, wenn es schon alt ist, ohne die Wurzel heraus. Ist es aber jung, so wird die Wurzel samt der inneren Wurzelscheide mitgenommen; die äufsere Wurzelscheide bleibt aber immer zurück.

2. Nachdem das Haar ausgezogen ist, ziehen sich die Follikularwände von unten nach oben zusammen. Die Vitrea wird verdickt und die Papille verkleinert. Der Cutisteil des Follikels wird nach oben enger und bildet eine Höhle. Allmählich verschwindet jedes Zeichen von karyokinetischer Teilung zuerst in den Zellen der Matrix des Haares, dann in denen der inneren und schliefslich auch in denen der äufseren Wurzelscheide. Das Pigment der Wurzel sondert sich ab, sammelt sich in den Falten der Follikelwände und bildet hier kleine Anhäufungen.

3. Wenn am 41. oder 42. Tage nach der Depilation die Regeneration wieder beginnt, so beobachtet man eine Zellenteilung in den Zellen, welche in dem Follikel und um die alte Papille herum geblieben sind. Gleichzeitig tritt eine Bindegewebsneubildung ein. Die neugebildeten Epithelzellen lagern sich an der Papille schichtenweise an und bilden kleine Zapfen. Je mehr diese letzteren an Länge und an Volumen zunehmen, differenzieren sich die verschiedenen Schichten des Haares. Indem dieses wächst, bildet sich die äufsere Wurzelscheide, und mit Hilfe des jungen Bindegewebes entsteht die Papille wieder. *Tommasoli-Modena.*

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Die Bakterienproteine und deren Beziehung zur Entzündung und Eiterung, von H. Buchner. (*Centralbl. f. Chir.* 1890. No. 50). Zum Zustandekommen von Eiterungen ist eine stärkere Lockwirkung auf die Leukocyten erforderlich. Die stärksten Lockmittel für die letzteren sind die Bestandteile des plasmatischen Inhalts des Bakterienkörpers, die sog. Bakterienproteine. Beim Menschen injiziert, bewirken sie eine bakterienfreie, gutartige, „chemische" Entzündung. Wie aber können die Proteine zur Wirksamkeit gelangen? Natürlich nur dann, wenn sie von der Bakterienzelle ausgeschieden werden. Dies ist nur möglich bei absterbenden, in „Involution" geratenen Bakterien. Zur Darstellung der Proteine wird die betreffende Bakterienart auf festem Nährboden rein kultiviert, die Kultur abgestreift, mit 0,5—1,5%iger Kalilauge digeriert und aus dem Filtrat durch Essig- oder Salzsäure das Protein gefällt.

Nach Buchners Überzeugung ist die Entzündung eines der wirksamsten Schutzmittel des Organismus gegenüber den Bakterienvegetationen.

Leistikow-Hamburg.

Über eiterungserregende Stoffe in der Bakterienzelle, von H. Buchner. (*Centralbl. f. Bakter. u. Parasitenk.* Bd. VIII. No. 11.) Die Ursache der bakteriellen Entzündung liegt nicht in den Zersetzungsstoffen, sondern in den Albuminaten der Bakterienzelle selbst. Es ergab sich, dafs sterilisierte Kulturen des Pneumobacillus Versuchstieren subkutan injiziert, Entzündung hervorriefen. Einstündiges Erhitzen der Bakterienemulsion auf 120° im Dampfkessel vernichtet nicht deren pyogene Wirkung.

Wurde eine Emulsion in einem Rundkolben mit Rückflufskühler 1½ Stunden im Kochen erhalten, und liefs man den verschlossenen Kolben 14 Tage stehen, so setzten sich die Bakterien zu Boden und darüber befand sich eine klare Flüssigkeit. Die letztere verursachte keine Eiterbildung, wohl aber der Bakterienbodensatz. Es liegt deshalb die pyogene Wirkung allein in der Bakterienzelle. Analoge Versuche mit Aureus, Cereus flavus, Sarcina aurantiaca, Bacillus prodigiosus, Fitzianus, cyanogenus etc. erzeugten alle aseptische Eiterinfiltration an der Injektionsstelle. Die Isolierung der wirksamen Substanz im Bakterienkörper des Pneumobacillus gelang Buchner durch die Nenckische Methode. Dieselbe gab die Reaktion der Eiweifskörper. Kaninchen injiziert bewirkte dies „Pneumobacillenprotein" bakterienfreie Eiterung.

Leistikow-Hamburg.

Über die Behandlung verschiedener Hautkrankheiten mit den Extr. aquos. Guaco.[1]

In einem längeren, in den *Bulletins de la Policlinique de Paris* 1890 veröffentlichten Aufsatz über die physiologischen und therapeutischen Eigenschaften des Guaco, widmet Dr. Butte ein Kapitel der Besprechung des therapeutischen Wertes dieser Substanzen bei gewissen pruriginösen Hautkrankheiten (Ekzema und essentiellem Prurit. der Haut).

Die therapeutischen Versuche ergaben gute Resultate und brachten den von einer Anzahl von Individuen peinlich empfundenen Juckreiz prompt zum Verschwinden.

Kontraindiziert ist die Anwendung des Guaco bei akuten, nässenden, und ganz besonders im Stadium der Efflorescenz befindlichen Ekzemen, da derselbe dann eine irritierende Wirkung ausübt.

Bei drei, mit allgemeinem Pruritus, ohne Hautveränderungen, behafteten Patienten hatte die Anwendung des Guaco eine bedeutende Besserung herbeigeführt. Bei zwei anderen wurde das Medikament innerlich angewandt und in Form eines alkalischen Dekoktes aufgenommen. Durch das Hinzufügen eines Alkali (Na_2CO_3) wird der harzige Körper, den Dr. Butte isoliert hat und der der wirksame Bestandteil zu sein scheint, löslicher.

Die Dienste, welche Guaco in der dermatologischen Therapie leisten kann, lassen sich bereits heute bestimmen. Die physiologischen Versuche haben erwiesen, dafs das Extrakt dieser Pflanze lähmend wirkt auf die sensiblen Centren und dies stimmt mit der klinischen Erfahrung. Die gemachten Beobachtungen sprechen dafür, dafs das Verschwinden, der ebenso peinlichen wie schmerzhaften Sensationen bei gewissen pruriginösen Krankheiten, zuzuschreiben ist einer Wirkung des Guacodekokts, das entweder auf die äufsere Haut appliziert oder vom Verdauungstraktus aus resorbiert wurde.

Bei äufserer Applikation wurde angewandt:

Guaco conquass.	30,0
Natrii bicarbonici	5,0
Aq. fontis	1000,0

Eine Viertelstunde lang kochen; eine Stunde lang macerieren lassen, dekantieren; die Flüssigkeit lauwarm zu Waschungen oder zum Anfeuchten von Kompressen zu verwenden.

Innerlich verschreibt Dr. Butte Guaco entweder in Form von Thee oder als Pillen.

Guaco conquass.	20,0
Lithii bicarbonici	0,25
Aq. dest.	500,0

Eine halbe Stunde lang kochen; filtrieren; mit syrup cort. Aurantii versüfsen. S. Tassenweise, alle 24 Stunden zu trinken.

Die Pillen sollen in folgender Art bereitet werden:

Extr. aquos. Guaco	0,10
Natrii bicarbonici	0,05

M. f. pill.

S. zwei Pillen unmittelbar vor dem Schlafengehen einzunehmen.

Die letzte Form ist nach Dr. Butte besonders anzuwenden bei Störungen seitens des Verdauungstraktus. *H. Fournier-Paris.*

---

[1] Aristolochia cymbifera.

Über das Verhalten der Tuberkelbacillen an der Eingangspforte der Infektion, von Dr. Franz Tangl aus Budapest. Aus dem pathologischen Institute zu Tübingen. (*Centralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat.* 1890. No. 25.) Durch Impfungen an Versuchstieren (Meerschweinchen und Kaninchen) stellte der Autor fest, dafs die Tuberkelbacillen nicht in den Körper eindringen können, ohne an der Eintrittsstelle tuberkulöse Veränderungen hervorzurufen. Ist daher bei primären Lymphdrüsen- oder Knochentuberkulose selbst nach längerem Bestande keine tuberkulöse Veränderung irgend einer der äufseren Eingangspforten zu finden, so kann die Tuberkulose nicht durch äufsere Ansteckung entstanden sein.

Leistikow-Hamburg.

Angioneurosen.

Über Hautausschlag beim Tripper, von Léon Perrin. (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. S. 773 ff. u. S. 859 ff.) In dieser Abhandlung gibt Verfasser sich alle Mühe, die gonorrhoische Natur der beim Tripper beobachteten Hautausschläge zu beweisen, indem er diese Eruptionen in eine Linie mit den gonorrhoischen Gelenkentzündungen setzen möchte. Zu diesem Zwecke stellt er die wenigen, in der Litteratur mitgeteilten, diesbezüglichen Fälle zusammen, und fügt ihnen noch zwei neue Beobachtungen hinzu, deren eine von ihm selber, die andre von Brocq stammt, und knüpft daran eine lange, mehr theoretische Auseinandersetzung. Indessen stehen diejenigen Argumente, die er gegen die Einwände vorbringt, welche man seiner Theorie machen kann, doch auf so schwachen Fufsen, dafs sich wohl nur wenige Leser davon werden überzeugen lassen. Denn wenn bei der ungeheuren Zahl von Trippererkrankungen im ganzen nur etwa 20 Fälle mit Hautausschlägen bekannt sind, wenn diesen Hautausschlägen durchaus nichts Specifisches zukommt, wodurch sie sich von andern Exanthemen auszeichnen, so läfst sich vernünftiger Weise kein Grund angeben, warum man sie nicht als zufällige Komplikationen der ursprünglichen Krankheit betrachten soll. Eher wird man dem Verfasser darin beizustimmen geneigt sein, dafs die nach der Einführung der Balsamica, insonderheit des Copaivbalsam, beobachteten Hautausschläge keine direkte Wirkung dieser Medikamente sind, sondern erst auf einem durch die gonorrhoische Erkrankung vorbereiteten Boden zu stande kommen.

Türkheim-Hamburg.

Erythem nach dem innern Gebrauch von Kalomel, von W. Dubreuilh. (*Annal. de la Policlin. de Bordeaux.* Bd. I. Heft 1. S. 48.) Das $11^1/_2$jährige Mädchen hatte wegen einer kleinen Unpäfslichkeit 0,1 Kalomel bekommen; am andern Tag stellte sich das Erythem ein, das per exclusionem auf den Genufs jenes Mittels zurückgeführt wird.

Türkheim-Hamburg.

Neurotische Entzündungen.

Über zwei Fälle von **Pemphigus vulgaris malignus und Pemphigus gangraenosus,** von Alfred Matschke. Berlin, 1890. (Inaugural-Dissertation). Die unter Schweiningers Ägide entstandene Arbeit beschäftigt sich in der Einleitung mit dem Pemphigus syphiliticus und P. acutus contagiosus neonatorum. Als Charakteristicum des ersteren ist zu erwähnen, dafs derselbe gleich nach der Geburt und stets nur an

der Palmar- und Plantarfläche auftritt. (Ref. hat 2 Neugeborene gesehen, die diese Symptome zeigten, bei denen jedoch Syphilis mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen war.) Der P. acutus contagiosus neonatorum tritt in Epidemien auf und setzt mit 2—3tägigen fieberhaften Prodromalstadium ein. Wenn das Fieber dann nachläßt, treten ganz plötzlich die Bullae auf geröteter Basis auf, die bald wieder verschwinden. Es folgen noch mehrere Schübe, bis schließlich Heilung eintritt. In schlimmeren Fällen platzen die Blasen, es bilden sich Geschwürsflächen und schließlich Gangrän, die gewöhnlich lethal verläuft. Schließlich unterscheidet der Verf. noch einen P. cachecticus (? Ref.) der Kinder.

Seltener als der P. acutus der Kinder ist der der Erwachsenen, welcher mit hohem Fieber und mit Blasenbildung beginnt, letztere meist mit Schüttelfrost. Auch die Schleimhäute werden ergriffen. Allmählich läßt das Fieber nach, die Blasen trocknen ein mit Hinterlassung von Pigmentflecken. Des öfteren geht der Patient an Inanition oder Komplikation vonseiten der Lunge zu Grunde.

Der Pemphigus acutus ist also nach Verfs. Ansicht eine Infektionskrankheit und daher nicht mehr zu den Hautkrankheiten zu rechnen. Auch ist das Epitheton „acutus" fallen zu lassen, da es einen P. „chronicus" nicht mehr gibt. Anstatt des Namens „Pemphigus" schlägt er „Febris bullosa" vor. Von dieser „Febris bullosa" ist zu unterscheiden der „Pemphigus vulgaris", eine nicht kontagiöse, entzündliche Hautkrankheit, bei der es zur Entwicklung von Blasen kommt, die in unterbrochener oder ununterbrochener Reihenfolge durch kürzere oder längere Zeit hindurch auftreten (also doch P. chronicus? Ref.). Zuletzt erwähnt er noch die jetzt übliche Einteilung in P. benignus und P. malignus.

Vor der eingehenden Besprechung des P. vulgaris teilt uns M. die Krankengeschichte nebst Obduktionsprotokoll eines hierher gehörigen Falles mit. Die Diagnose der Sektion lautete: Pemphigus, Bronchopneumonia multiplex lab. inf., Thromb. pariet. art. pulm., Endocarditis chronica fibrinosa aortica et mitralis. Pyelonephritis chronica. Cystitis haemorrhagica diphtherica. Hypertrophia prostatae. Bezüglich der Ätiologie des Pemphigus schließt sich M. der Theorie Leloirs und anderer an, welche den Pemphigus als Reflex-Neurose betrachten. Histologisch wurde festgestellt, daß die Basis der Blase, welche einkammerig ist, vom Rete Malpighii, dessen Zellen durch den Exsudatdruck abgeplattet werden, und die Decke der Blase von der Hornschicht gebildet wird. Da nur die obersten Epidermislagen verloren gehen, tritt keine Narbenbildung ein.

Den Pemphigus gangraenosus illustriert M. durch Krankengeschichte nebst Sektionsprotokoll. Die Diagnose des letzteren lautete auf Pemphigus, Myocarditis. Nephritis, Hepatitis parenchymatosa. Pleuropneumonia fibrinosa pulm. dextr. et Pneumonia apostematosa circumscripta multiplex. Atrophia granularis renum incipiens.

In diesem Falle ergriff der Prozeß auch das Rete Malpighii und den Papillarkörper. Hyaline Entartung der Gefäße in der Nähe des Defektes.

P. Taenzer-Bremen.

Chronische Infektionskrankheiten.

b. *Tuberkulose.*

Über Tuberkulose der Nasenschleimhaut, von Friedr. Hahn. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 23). Der Verf. unterscheidet 3 Formen von Tuberkulose der Nasenschleimhaut (die in den vom Verf. angeführten 6 Fällen stets vom Septum aus-

ging), nämlich 1. die ulceröse Form (das tuberkulöse Geschwür κατ' ἐξοχήν), flaches Geschwür mit unterminirten, ausgebuchteten Rändern, dessen Grund mit schlaffen graulichen Granulationen und mit dünnem Eiter bedeckt ist. Die 2. Form besteht in der Bildung solider Tumoren von meist derber Konsistenz und glatter Oberfläche, 3. Granulationswucherungen von zweifellos lupöser Natur.

Wegen der begleitenden Krusten- und Borkenbildung um die Nasenlöcher herum wird die Krankheit meist als chron. Ekzem diagnostiziert, namentlich wenn auf der äufseren Haut Lupusknötchen noch nicht vorhanden sind. H. führt dann 6 Krankengeschichten an, bei denen die tuberkulösen Wucherungen mit dem scharfen Löffel entfernt, die Wundflächen paquelinisiert und mit Pyrogallol nachbehandelt wurden. Die mikroskopische Untersuchung ergab in allen Fällen: Das Epithel (soweit es vorhanden) war in allen Fällen verdickt; die Geschwülste bestanden aus einem bindegewebigen Gerüst mit herdförmig eingelagerten Rundzelleninfiltraten. In diesen lagen Häufchen von Zellen epitheloiden Charakters, meist oval, mit grofsem bläschenförmigen Kern und fein granuliertem Protoplasma. Aufserdem fanden sich darin mehr oder minder zahlreiche Riesenzellen mit randständigen Kernen, in welchen die Tuberkelbacillen meist zu zweien (Fall 4 zeigte weder Riesenzellen noch Tuberkelbacillen) lagen; auch im Gewebe freiliegende Bacillen wurden beobachtet.

H. schliefst sich im übrigen Neissers Ansicht an, dafs ein Gesichtslupus sich in der Regel im Anschlufs an einen Schleimhautlupus entwickelt.

P. Taenzer-Bremen.

Über sekundäre Impfung der Haut durch subkutane oder tief gelegene tuberkulöse Herde, von Dr. L. Cronier.

Unter diesem Titel gibt Verf. eine eingehende Untersuchung über den Mechanismus der Überimpfung tuberkulöser Produkte auf die Haut, die von einem tiefer gelegenen Sitz aus zum Durchbruch an der Oberfläche des Teguments gelangen.

Dafs bei der spontanen Eröffnung einer verkästen Lymphdrüse, eines Eiterherdes im Knochen, die der Fistelöffnung benachbarte Epidermis immer wieder von tuberkelhaltiger Flüssigkeit benetzt, sich desorganisieren wird und Tuberkelkeime sich auf der Haut festpflanzen können, liegt auf der Hand. Andererseits kann die tuberkulöse Membran, welche den Fistelkanal auskleidet, allmählich die Haut gewinnen und so per continuitatem dieselbe infizieren. Dieser Modus der Impfung der Haut wird freilich selten beobachtet, da die tief lokalisierten Tuberkulosen, die sich nach der Hautoberfläche hin eröffnen, gewöhnlich wenig Bacillen enthalten. C. meint, dafs, wahrscheinlich dieser Seltenheit wegen, der Mechanismus der Impfung der Haut von innen nach aufsen, bis in die allerneueste Zeit unbekannt blieb.

Neumann scheint der erste Autor gewesen zu sein, welcher diesen Modus der Impfung beobachtete. Bei der Besprechung skrofulöser Abscesse, die sich an der Haut eröffnen, macht er auf die Häufigkeit des Lupus in der Umgegend von Fisteläffnungen aufmerksam, ohne seine Anschauung durch Mitteilung bezüglich beobachteter Fälle zu unterstützen.

Renouard (*Thèse de Paris.* 1884) fand bei 22 Fällen als den Ausgangspunkt des Lupus eine spontane oder chirurgische Eröffnung cervikaler, submaxillarer, subkutaner oder präaurikularer Lymphdrüsen und fügt hinzu, dafs Lupus auch auf eine Eröffnung einer tuberkulösen Periostitis zurückgeführt werden kann. Unter den Beobachtungen, die er im Hospital St. Louis gesammelt hatte, waren sicher festgestellt 5 Fälle von Lupus ganglionären, 3 periostalen, einer osteo-myelitischen Ursprungs.

Die letzte Beobachtung wurde von Besnier gemacht; es handelte sich um einen Lupus, der auf dem Stumpf eines wegen Tumor albus amputierten Oberschenkels entstanden war. Seitdem haben eine Reihe Autoren (Volkmann, Leser, Lyot u. Gautier,

Liebrecht) Fälle kutaner Autoinfektion durch tiefe tuberkulöse Prozesse beobachtet; ausgesprochene Fälle desselben Ursprungs hat auch Jeanselme veröffentlicht.

Cronier seinerseits teilt einen Fall von Lupus mit, der sich auf der Narbe eines tuberkulösen Fistelganges entwickelte; der letztere war seit mehreren Monaten vollkommen zugeheilt. Es handelte sich hierbei um ein 6jähriges Kind mit starker hereditärer Belastung. Der Verf. gruppierte die bisher veröffentlichten einschlägigen Beobachtungen und machte sie zum Gegenstand seiner umfangreichen, aber gewissenhaften Arbeit. Er bespricht zuerst die verschiedenen tief gelegenen tuberkulösen Herde, die bei der Eröffnung nach der Hautoberfläche hin dieselbe tuberkulös impfen können. In einem besonderen Kapitel schildert er die Symptome, die Entwickelung der Hautveränderung, und sucht die Frage zu lösen, in wie langer Zeit nach dem Erscheinen der Fistel die lupöse Erkrankung auftritt. Er stellt fest, dafs dies in drei verschiedenen Zeitabschnitten geschehen kann:

1. Kurz nach der Entleerung des tiefen Herdes,
2. lange Zeit nach der Bildung der Fistel,
3. nach erfolgter Vernarbung, in dem geimpften Gewebe selbst oder in dessen Nachbarschaft.

Die erste Art des Auftretens ist die seltenste, die dritte die häufigste, da man sie fast in der Hälfte der beobachteten Fälle feststellen kann.

Bei der Diagnose kommen zwei verschiedene Zeiträume in Betracht, wenn die Fistel noch besteht und wenn sie bereits vernarbt ist; in beiden Fällen bietet sie gewisse Schwierigkeiten, besonders im letzteren, wenn es gilt, zu entscheiden, ob die mitten im lupös entarteten Gewebe befindliche Narbe der Fistelöffnung angehört, oder ob sie durch den Lupus entstanden. — Die Spuren der geheilten Fistel verschwinden leicht unter den Lupusnarben und werden ganz unsichtbar.

Die Prognose der durch tiefe Tuberkulose entstandenen Hauterkrankungen ist ernst zu stellen. Ist der Keim einmal eingedrungen — selbst bei ungünstigem Nährboden —, so kann er sehr hartnäckige, und der Ausdehnung wegen, die sie annehmen können, sehr unangenehme Läsionen verursachen. So kommt es vor, dafs gewisse Lupusfälle die ganze Oberfläche eines Gliedes einnehmen und Jahre zur vollständigen Heilung erforderlich machen.

Unter diesen Umständen soll die Therapie vor allem eine prophylaktische sein; sie soll die tiefen Herde in Angriff nehmen und sie beseitigen, bevor sie die Hautoberfläche erreicht; nur in Fällen von Mifserfolg bleibt die Wahl einer kurativen und häufig nur einer palliativen Behandlung. Bei den verschiedenen angewandten Methoden scheint das Ferrum candens den Vorzug vor dem Bistouri zu verdienen; dasselbe gibt regelmäfsigere Narben und schützt mehr vor der Autoinfektion durch die Sterilisierung des Operationsfeldes. Ist der chirurgische Eingriff nicht rechtzeitig geschehen, so müssen die auf die Haut übertragenen Erkrankungen den üblichen Behandlungsmethoden, der Skarifikation, Ignipunctur, Auskratzung anheimfallen.

H. Fournier-Paris.

c. *Syphilis.*

Zur Pathogenese und Diagnostik des Urethralschankers, von E. Gebert. (*Intern. Centralbl. f. d. Phys. u. Path. d. Harn- u. Sexualorgane.* Bd. II. pag. 341) Der Sitz der im ganzen seltenen Harnröhrenschanker ist von der Mündung angefangen höchstens 2 bis 3 cm hinter der Fossa navicularis an jeder beliebigen Stelle. Seltener ist er an weiter nach hinten gelegenen Stellen zu finden. Das bei der Gonorrhoe vorhandene Brennen bei der Miktion fehlt, doch ist etwas Sekretion vorhanden. Bei der Palpation ist eine längliche Infiltration nachweisbar, deren Längsaxe parallel zur

Längsaxe der Urethra verläuft. Seltener sind mehrere Initialsklerosen in der Harnröhre vorhanden. Die Diagnose wird unzweifelhaft durch Eintreten der Sekundärerscheinungen; sicheren Aufschluſs gibt auch das Urethroskop.

In dem vom Verf. beschriebenen Falle war die Diagnose durch zwei Umstände erschwert, 1. durch gleichzeitiges Vorhandensein von akuter Gonorrhoe (Gonokokkenbefund), 2. durch einen Abscefs dicht neben der Initialsklerose, der beim Incidieren etwas Eiter entleerte. Nach der Incision war die Palpation der Sklerose leichter.

P. Taenzer-Bremen.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Histo-biologische und ätiologische Untersuchungen über die Trichomykosis nodosa, von Ed. Juhèl-Renoy und G. Lion. Mit zwei Tafeln. (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. S. 765.) Bezugnehmend auf eine frühere Veröffentlichung (*Annal. de derm. et de syph.* 1888. S. 777) teilen die Verfasser in der vorliegenden Arbeit die Ergebnisse ihrer bakteriologischen Untersuchungen in betreff der Trichomycosis nodosa (Piedra) mit. Diese Ergebnisse stimmen im wesentlichen mit den Befunden von Behrend in Berlin überein, wenngleich die Verf. ihm auch einige Ungenauigkeiten vorwerfen. — Temperaturen von 70—80°, sowie Sublimat im Verhältnis von 1 : 1000 zerstören den Pilz völlig. *Türkheim-Hamburg.*

b. *der Cutis.*

Zur Pathologie und Therapie des Furunkels, von Max Dreyling. Greifswald, 1890. (Inaugural-Dissertation). Der Verf. citiert einige ältere und einige neuere Autoren, unter den letzteren Bockhart, dessen Ansicht, der Furunkel werde durch die Staphylokokken hervorgebracht, er beitritt, wenngleich er, ohne Beweise zu erbringen, von Bockhart insoforn abweicht, als nicht jeder Furunkel erst eine Wilsonsche Impetigo-Pustel gewesen zu sein braucht.

Bezüglich der Therapie führt er die einfache und kreuzweise Incision, die Karbolsäureinjektionen Bidders, die Auslöffelung Lassars und die Hütersche subkutane Peritomie (oder Discision) an, welcher letzteren er sich, gestützt auf eine eigene wie eine ihm zur Verfügung gestellte Statistik, ganz und voll anschliefst, da sie die kürzeste Behandlungsdauer ergibt (im Durchschnitt $3^3/_4$ Tage).

P. Taenzer-Bremen.

Progressive Ernährungsstörungen.

I. Maligne.

Die künstliche Überhäutung offener Krebse durch Hauttransplantationen nach Thiersch, von Dr. Edwin E. Goldmann. Aus der chirurg. Klinik zu Freiburg i. B. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anatom.* 1890. Nr. 16.) Verf. berichtet über 2 Fälle, bei denen er den Anheilungsprozefs Thierschscher Transplantationen auf karzinomatösen Flächen histologisch studierte. Es ergab sich mit Sicherheit, 1. dafs die alten Gefäfse der überpflanzten Hautstückchens untergehen, 2. dafs eine Neubil-

dung von Gefäfsen statt hat. Infolge der Lage des Pigments und seiner Verteilung in der Papille glaubt GOLDMANN, dafs hier die Reste der alten Kapillaren zu suchen sind. Um die von GARRÈ erwähnte normale Involution von neugebildeten Gefäfsen kann es sich nicht handeln, da die Papille im Präparat eine normale Kapillare enthält und da das Pigment mit der Narbe scharf abschliefst. Auch die Gefäfsverteilung giebt einen weiteren Beweis. Das horizontale Gefäfs gehört dem Mutterboden an und senkrecht von ihm abgehend, bis in die Papillenspitze reichend, findet sich die Kapillare. Auch finden sich in den Kapillarendothelien der Papille Mitosen. — Die aufgepflanzten Hautstückchen werden während der ersten Tage nicht durch eine wiederhergestellte Blutcirkulation ernährt. Diese tritt erst später durch neu gebildete Gefäfse vom Mutterboden her ein. Das Leben in den aufgepflanzten Hautstücken und die durch dasselbe mögliche Anheilung während dieser Zeit scheint durch folgende zwei Faktoren bedingt zu werden: durch die plasmatische Cirkulation von Lymphe, vielleicht im Verein mit dem durch die exsudierten Rundzellen gelieferten Nährmaterial und durch die erhöhte Lebensweise der Oberhaut. *Leistikow-Hamburg.*

Über die protozoen und koccidienartigen Mikroorganismen in Krebszellen, von Dr. JOSEPH SCHÜTZ in Frankfurt a. M. (*München. med. Wochenschr.* 1890. Nr. 35.) In Bezug auf die Färbung dieser Mikroorganismen erwähnt der Autor, dafs an FLEMMING-Präparaten bei zu schwacher Anilintinktion oder zu starker Einwirkung der FLEMMINGschen Lösung die roten Blutzellen wie die koccidienartige Körper untingiert, also gelbbraun erscheinen. Sind aber die roten Blutzellen stark tingiert, so sind es auch die Mikroorganismen. Bei Durchmusterung vieler Präparate sieht man nicht nur, dafs die roten Blutzellen überhaupt extravasieren, sondern dafs sie auch in Zellen und deren Kerne eindringen, indem sie manchmal dabei amöboide Formen oder „hyaline Kugeln" darstellen. Ein Teil dessen, was man als Plasmodien bezeichnet hat, ist nichts weiter als veränderte rote Blutkörperchen.

Die sog. „Sporencysten" sind veränderte rundliche Leukocytenanhäufungen. An gehärteten Präparaten darf nicht eher ein Rückschlufs auf Plasmodien gemacht werden, als im lebenden Gewebe vorher die lebenden Organismen festgestellt sind. Vielleicht spielen die roten und die weifsen Blutzellen bei Karzinom eine Rolle. Ihr Verhalten scheint mit endarteriitischen Prozessen des Karzinoms in Zusammenhang zu stehen. *Leistikow-Hamburg.*

Konfluierende Tumoren der behaarten Kopfhaut und einzelner Regionen der übrigen Hautoberfläche — Multiple Cylindrome — Alveoläre Epitheliome mit myxomatösen Einlagerungen, von A. PONCET, Professor an der medizinischen Fakultät von Lyon. (*Revue de Chir.* März 1890.) Eine sehr interessante Arbeit über eine Affektion, in der Hauptsache charakteristisch durch multiple, konfluierende Tumoren der behaarten Kopfhaut und disseminierte Tumoren an verschiedenen Stellen des Rumpfes; dieselben sind epithelialer Natur und gehören der Struktur und anatomischem Charakter nach zu der Klasse der Cylindrome; vom klinischen Standpunkt aus besitzen sie nur eine teilweise Malignität: sie wachsen langsam, sind schmerzlos bis zu dem Augenblick, wo sie auf die Haut übergreifen, zeigen wenig Neigung sich zu generalisieren, infizieren jedoch allmählich die Lymphdrüsen, welche den Lymphstrom aus den von ihnen sekundär ergriffenen Hautpartieen beziehen.

Das Individuum (ein Mann von 53 J., Landwirt), an dem man die Beobachtung machte, hatte gegen 60 multiple Tumoren der Kopfhaut aufzuweisen, welche die gesamten Charaktere alter, degenerierter Tumoren darboten. Die konfluierenden Tumoren, eng aneinander gedrängt, sind von sehr verschiedener Gröfse, erbsen- bis tomatengrofs. Von unregelmäfsiger Form, am häufigsten rundlich, doch durch den gegenseitigen

Druck deform, bekleideten sie die ganze behaarte Kopfhaut vom Genick bis zur Stirnwurzel. Die sich eng ihnen anschliefsende Haut zeigte an verschiedenen Stellen mehr oder weniger ausgebreitete Ulcerationen. Ihre Färbung war bei kleinen und mittelgrofsen Geschwulsten normal, bei den grofsen rot, bläulich. Stellenweise war sie mit kleinen Härchen bedeckt, während reichliche Haarbüschel, wie Gras auf einem Steinhaufen, aus den Zwischenräumen zwischen den Tumoren herauswuchsen.

Die Tumoren fühlten sich hart an, waren selbst ein wenig resistent, aber ohne Fluktuation; sie entwickelten einen faden, starken, talgartigen Geruch.

Auf beiden Seiten konnte man die stark vergrösserten, beweglichen submaxillaren Lymphdrüsen feststellen; andererseits fand man auf der Haut des Rumpfes vorn und besonders hinten auf der Höhe der Regio dorsalis den Tumoren der Kopfschwarte ähnliche, in verschiedenen Stadien der Entwickelung begriffene Geschwulstmassen.

Die von Poncet gestellte Diagnose lautete: kankroidartige Tumoren, die sich primär in den Talgdrüsen entwickelten; Geschwülste, die nicht vollständig gleich zu stellen sind mit alten, entarteten Geschwülsten, und die nur nach gewisser Hinsicht an die gewöhnlich beobachteten erinnern.

In Anbetracht des guten Allgemeinbefindens und des Fehlens von Metastasen legte die Diagnose des Epithelioms Reserve auf.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs es sich um epitheliale, von Billroth mit dem Namen Cylindrome bezeichnete Geschwülste handelte, bestehend aus unregelmäfsig angehäuften, netzartig anastomosierenden epithelialen Zellen, die gruppenweise von myxomatös aussehenden Bindegewebsbalken eingeschlossen werden.

An gewissen Stellen, besonders zahlreich bei den dorsalen Tumoren in der Nähe ihrer Peripherie, sind die Zellen in ziemlich regelmäfsigen cylindrischen Schläuchen angeordnet; die letzteren zeigen eine verschiedene Weite; ihr Rand wird gebildet von hohen, leicht färbbaren, cylindrischen, strahlenförmig angeordneten Zellen. An der Peripherie hingegen werden die so angeordneten Schläuche schmal, fast auf diese cylindrische Schicht beschränkt, begrenzen einen sich schwer färbenden Raum und erscheinen fast wie Schnitte einer Schweifsdrüse; stellenweise schliefsen die bindegewebigen Fortsätze auch in der vollen epithelialen Masse kleine rundliche, fein gestielte Knospen ein, die von den bindegewebigen Sternzellen gebildet werden.

Auf Schnitten von alten Tumoren der behaarten Kopfhaut findet man nichts mehr, was mit den letzteren verglichen werden könnte, nur unregelmäfsig durcheinander gehäufte epitheliale Zellen, die in Streifen, zum Teil myxomatös entarteten Bindegewebes eingelagert sind. Die schlauchförmige Anordnung gehört hier zur Seltenheit und ist dann weniger scharf ausgeprägt; die intercellulare kolloide Substanz ist weniger reichlich.

Die histologische Diagnose des Cylindroms wurde von Prof. Renaut gleich nach der Untersuchung der ersten Schnitte gemacht.

Die bedeutende Anzahl von Geschwülsten und ihre gruppenweise Anordnung an verschiedenen Stellen der Hautoberfläche konnte den Verdacht erwecken, dafs die Erkrankung parasitärer Natur sein könnte; die nach dieser Richtung hin vorgenommenen Untersuchungen ergaben ein vollkommen negatives Resultat.

Die einzige empfehlenswerte, auch von Poncet angewandte Behandlungsmethode derartiger Fälle ist die Exstirpation mit dem Messer. Man darf in einer Sitzung nur einige Neoplasmen entfernen und in mehr oder weniger grofsen Zeitabständen das Verfahren wiederholen. *H. Fournier-Paris.*

II. Benigne.

Teleangiektatische Warzen, von W. Dubreuilh. (*Annal. de la Policlin. de Bordeaux.* Bd. I. Heft 1. S. 50.) Die Warzen lassen kleine, stecknadelkopfgrofse Punkte

durchscheinen, welche bei der Untersuchung aus einer schwärzlichen Menge eingetrockneten Bluts bestehen. — Dubreuilh nimmt an, dafs beim Wachsen der Haut papillen die Kapillaren mitwachsen, später vom Kreislauf abgeschnitten werden und dafs das Blut alsdann in ihnen zur Eintrocknung gelangt. *Türkheim-Hamburg.*

III. Pigmenterkrankungen.

Ein Fall von Morbus Addisonii mit Erkrankung des centralen Nervensystems, von Babes und N. Kalindero. Paris 1890, Felix Alcan. Die vorliegende Mitteilung eines Falles von Morbus Addisonii gewinnt ein grofses Interesse dadurch, dafs sie unsere Aufmerksamkeit auf ein bisher bei dieser Krankheit histologisch-anatomisch vollkommen unberücksichtigtes Organ, das Rückenmark, lenkt, dessen Veränderungen die im Verlaufe der Krankheit auftretenden motorischen und sensiblen Störungen erklären würden und vielleicht auch geeignet wären, für die noch dunkle Ätiologie der Erkrankung neue Gesichtspunkte zu eröffnen, in Anbetracht des unzweifelhaft erwiesenen ursächlichen Zusammenhangs gewisser Dermatosen mit der Erkrankung des Rückenmarks. — Es handelte sich bei dem Fall um eine 30jährige verheiratete Frau, die hereditär nicht belastet, nach einer vierjährigen Krankheitsdauer unter den der Krankheit eigentümlichen Erscheinungen zu Grunde ging. Besonders hervorzuheben wäre, dafs bei Lebzeiten von seiten des centralen Nervensystems an subjektiven und objektiven Erscheinungen nichts Abnormes zu verzeichnen war. — Die Sektion ergab neben den üblichen Veränderungen der inneren Organe eine narbige Schrumpfung der rechten und eine Tuberkulose der linken Nebenniere, geringe histologische Veränderungen der Ganglien des Sympathicus, eine nach Intensität und Lokalisation schwankende Erkrankung des Rückenmarks und der Nervenwurzel in seiner Nähe. — Es würde zu weit führen, den durch zwei vorzügliche chromolithographische Tafeln illustrierten Befund ins einzelne wiederzugeben. Im wesentlichen handelte es sich beim Rückenmark um eine Proliferation der nervösen Elemente ohne Spur einer frischen akuten Entzündung, die besonders reichlich war in den Hintersträngen und in der Umgebung der mehr oder weniger sklerotischen Vorderhörner. Die Veränderungen sind am deutlichsten in den unteren Partieen des Brustmarkes. —

Nur eine Minderzahl der untersuchten Nerven-Wurzeln und -Stämme weist auf sehr intensive Veränderungen; bei den meisten sind sie wenig ausgesprochen, viele sind ganz normal; am schwersten erkrankt sind die Fasern der hinteren Wurzeln auf der Höhe der letzten Wirbel. — In der Hauptsache besteht die Erkrankung in einer Entartung der Nervenfasern in der Nähe der Ranvierschen Einschnürungen, wobei die einzelnen Formelemente verschieden stark ergriffen sind; die Axencylinder können die verschiedensten Formen annehmen: bald sind sie verdickt, spindelförmig aufgetrieben, oder spiralförmig retrahiert, verdünnt; sie können auch vollständig verschwinden und an ihrer Stelle findet man Vacuolen, mit ganz geringen Mengen pikrokarminfärbbarer Substanz an den Polen. In den am meisten affizierten Stellen findet man serienweise angeordnete Spindelzellen und andererseits vermehrte Kerne der Schwannschen Scheide. *Weidner-Schönbach.*

J. Girode berichtet in den *Annal. de derm. et de syph.* 1890. S. 793 über zwei Fälle von **Melanoderma** nervösen Ursprungs. *Türkheim-Hamburg.*

Regressive Ernährungsstörungen.

II. Specifische.

Über Xeroderma pigmentosum, von Carl Barckmann. (Kiel, Inaugural-Dissertation). Nach einer Rekapitulation des Symptomenkomplexes und der einschlägigen Fälle beschreibt B. die ferneren Schicksale dreier Glieder der bekannten Holstein'schen Familie, die von Wulf in Eutin zuerst beschrieben und deren Krankengeschichte bereits Rüder zu seiner Dissertation benutzt hatte. Die 3 Patienten litten sämtlich mehr oder weniger an Pigmentflecken, Perlmutterflecken, warzenartigen Wucherungen und karzinomatösen Geschwüren besonders der Ohren, der Nase und Augenlider mit schweren Störungen der Conjunctiva und Sklera. Die Ohren wurden meist exstirpiert, resp. reseziert und die Geschwüre an den schwieriger zugänglichen Teilen ausgekratzt.

Zum Schluſs empfiehlt der Verf. die Pickesche Bezeichnung „Melanosis lenticularis progressiva". Etwas Neues erfahren wir auſser der Fortsetzung der von Rüder begonnenen Krankengeschichte nicht. *P. Taenzer-Bremen.*

Untersuchungen über die pathologische Histologie des Lupus erythematodes. (Mit 2 chromolithographischen Tafeln.) Von Prof. H. Leloir. (*Archiv de physiol.* No. 4. Oktbr. 1890.) Der besonders durch seine Forschungen auf dem Gebiete des Lupus vulgaris hochverdiente und bekannte Verf. gibt uns einen wertvollen Beitrag zur Lösung der noch streitigen Frage über die Natur des Lupus erythematodes durch seine Arbeit; sie umfaſst das Ergebnis jahrelang an 12 Fällen letzter Krankheit fortgesetzter anatomischer, bakteriologischer und experimenteller Untersuchungen. Der Hauptzweck der Veröffentlichung liegt in der fast erschöpfenden Schilderung der histologischen Verhältnisse. Der Verf. beginnt dieselbe mit der Besprechung der Veränderungen in der Cutis, „als den primären Sitz der Krankheit." Die diffuse Infiltration derselben ist besonders in den oberen Partieen an der Grenze zwischen der Epidermis und den horizontalen Gefäſsen lokalisiert. Je nach dem Alter und der Form des Lupus schwankt die Dichtigkeit und die Ausbreitung der Infiltrate.

Niemals (bis auf einen Fall von L. eryth. der Flachhand) fand der Verf. im Gegensatz zu Geber, Stroganoff, Kaposi als den primären Sitz das subkutane Bindegewebe. Die Infiltration besteht aus embryonalen, diffus längs der Gefäſse angeordneten Zellen, die nirgends wie bei L. vulgaris Knötchen bilden. Ein Teil der Knötchen scheint aus den fixen Bindegewebszellen hervorgegangen zu sein (zeigt deutliche Spuren von Karyokinese); die überwiegende Mehrzahl ist ein Produkt der Diapedesis. In Fällen von frischem Lupus färben sich die Zellen leicht mit Pikrokarmin. Sie zeigen ein verschiedenes autochemisches Verhalten, ein Zeichen der verschiedenen Vitalität; eine groſse Menge neigt zur kolloiden oder fettigen Entartung, doch die letztere betrifft nicht etwa central gelegene zu Haufen angesammelte Zellen, sondern diffus (par hasard) zerstreute. In keinem einzigen Falle fand der Verf. echte Riesenzellen. In dem Maſse, wie das Bindegewebe infiltriert wird, sieht man es kolloid oder fettig entartet, resorbiert, atrophisch, und schlieſslich ganz verschwunden und zwar entweder diffus oder inselweise. Die elastischen Fasern, die längeren Widerstand leisten, gehen schlieſslich in gleicher Weise zu Grunde.

Die Wandungen einer Anzahl von Blutgefäſsen weisen an vielen Stellen Proliferationserscheinungen auf; ein Teil zeigt obliterierende Endokapillaritis und Endo-

vascularitis. Viele sind stark erweitert mit roten Blutkörperchen vollgepfropft, in ihrer Umgebung deutliche Zeichen der Diapedesis. In einzelnen (oberen) Bezirken sieht man die roten Blutkörperchen zu kleinen hämorrhagischen Herden zusammengeballt. Was man bei Lupus vulgaris nie sieht, es kommen neugebildete Gefäfse vor.

Infolge der Hyperämie besteht zu Anfang eine Hypersekretion der Haarbalgdrüsen, in späteren Stadien Degeneration bis zum völligen Schwund. Ziemlich häufig obliteriert nur der Ausführungsgang, es erweitern sich dann die Drüsen cystisch oder bilden Milium ähnliche Gebilde.

Die Haarfollikel sind meist enorm erweitert in den ersten Stadien der Erkrankung.

Die Schweifsdrüsen, wie es bereits Kaposi, Thin, Robinson nachgewiesen, entarten fettig und verschwinden schliefslich ganz.

In einzelnen Fällen von Lupus der Lippen oder der Wange bei mageren Individuen konnte der Verf. eine fettige Entartung der Muskelfaser unter dem Einfluls der Infiltrate beobachten.

Die Nerven erscheinen gesund; befinden sich aber in den Nervenbündeln embryonale Zellen, so kann eine Neigung zur Atrophie festgestellt werden.

Die Veränderungen der Epidermis sind beim Lupus erythematodes verschieden, doch im Gegensatz zu Lupus vulgaris im allgemeinen trocken.

Das Charakteristische der Erkrankung ist die Atrophie der Epidermis, sobald die Infiltration der Cutis auf die Epidermis übergegriffen hat; und zwar treten die Erscheinungen in folgender Reihenfolge auf: Zuerst eine kolloide und fettige Entartung der unteren Schichten des Stratum Malpighi, die unmittelbar der Infiltration anliegen; die interpapillaren Fortsätze desselben entarten, werden dünner und schmelzen zu fadendünnen Gebilden ein von der Breite zweier länglicher Zellen und verschwinden schliefslich vollständig. — Das eigentliche Stratum Malpighi atrophiert gleichfalls bis zum völligen Schwund. — Das Stratum granulosum ist meist vollständig verschwunden; die Reste werden dann repräsentiert durch eine oder höchstens zwei Schichten, die nur Spuren von Eleidin enthalten und eher an die Zellen des Stratum lucidum erinnern. Das letztere fehlt meist ganz.

Neben diesen Erscheinungen kann auch Hypertrophie der interpapillaren Fortsätze der Epidermis vorkommen, doch nie in der unmittelbaren Nähe der Infiltration, so dafs es den Anschein hat, als ob in der Infiltration eine nutritive Noxe enthalten wäre.

Nur in einem einzigen Fall beobachtete der Verf. Phlyktänisation auf der Höhe des Stratum lucidum.

Bei der sogenannten Lupus acnéique-Varietät sind die Talgdrüsen hypertrophisch, häufig cystisch entartet und der Hautoberfläche genähert. Die lupöse Infiltration bleibt auch hier stets diffus, dringt aber tief in das Corium ein und erreicht häufig das Unterhautzellgewebe, ein Umstand, der uns das Bedürfnis erklärt der recht tiefen, von Leloir früher empfohlenen Skarifikation bei der Behandlung.

Sehr selten befällt der Lupus erythematodes die Schleimhäute. Der Verf. beobachtete nur 3 Fälle. Die histologischen Veränderungen sind dann analog den an der Hautoberfläche.

Die bakteriologischen Untersuchungen der Präparate auf Tuberkelbacillen ergaben ein vollständig negatives Resultat; auch konnte er keine Spur von den, von einigen italienischen Autoren als specifisch pathogen beschriebenen Mikrokokken finden; gleichfalls negativ fielen die angestellten Impfversuche aus. Auf die Frage, ob Lupus erythematodes eine dem Lupus vulgaris nahe verwandte skrofulo-tuberkulöse

Erkrankung ist, kann der Verf. nach dem positivesten Ergebnis seiner Untersuchungen nur antworten, dafs uns nichts berechtigt, den Lupus erythematodes für eine Hauttuberkulose anzusehen, auch nicht für eine sehr geschwächte (extenué) Form, wenn wir nicht annehmen wollen, dafs wir mit einer so hochgradig geschwächten Form zu thun haben, dafs sie kein einziges Zeichen der Tuberkulose mehr aufweist.

Weidner-Schönebach.

Untersuchungen über die pathologische Anatomie und die Natur des Lupus erythematosus, von H. Leloir. (*Journ. des mal. cut. et syph.* Bd. II. S. 129.) Die anatomischen Veränderungen der Epidermis sind beim Lupus erythematosus nur sekundärer Natur; ihren Hauptsitz hat die Krankheit in der Cutis. Diese ist von Embryonalzellen diffus infiltriert, namentlich in ihren oberen Schichten; die Zellen gruppieren sich mit Vorliebe längs der Gefäfse; ein Teil derselben verfällt der fettigen und kolloiden Entartung; den gleichen Prozefs macht auch das elastische und das Bindegewebe durch; es wird infolgedessen atrophisch und schwindet schliefslich ganz. In den Gefäfsen entwickelt sich zum Teil eine Endarteriitis obliterans; viele Kapillaren sind überdies bedeutend erweitert und mit roten Blutkörperchen vollgestopft; letztere verlassen stellenweise die Gefäfswände und mischen sich unter die embryonalen Zellen.

Die Talgdrüsen verfallen ebenfalls bald einer fettigen Entartung und können in seltenen Fällen ganz verschwinden; ein ähnliches Verhalten weisen auch die Ausführungsgänge der Schweifsdrüsen auf. — Im Innern einzelner Nervenfasern trifft man bisweilen Embryonalzellen an. — Die Veränderungen, von denen die Epidermis befallen wird, führen zu einer völligen Atrophie derselben.

Sowie nach dieser Darstellung der L. erythematosus pathologisch-anatomisch von L. vulgaris verschieden ist, so hat Leloir auch niemals einen Übergang von der einen Form in die andere beobachtet. Ebenso wenig ist es ihm je geglückt, mit Hülfe des Mikroskops oder des Tierversuchs Tuberkelbacillen zu entdecken, bezw. Tuberkel zu erzeugen.

Nach alledem ist die tuberkulöse Natur des Lupus erythematosus noch weit davon ertfernt, bewiesen zu sein.[1]

Türkheim-Hamburg.

Zur Diagnose des Favus, von Dubreuilh (Bordeaux). (*Journ. des mal. cut. et syph.* Bd. II. S. 152.) Es kommen Fälle von Favus vor, bei denen man nur mit gröfster Aufmerksamkeit die charakteristischen, strohgelben Punkte (Godet), die sich aus den Favus-Pilzen zusammensetzen, entdecken kann, oder wo es dem unbewaffneten Auge überhaupt nicht gelingt, aus den vorhandenen Symptomen die Diagnose auf Favus zu stellen, wo also eine Verwechslung mit andern Krankheiten leicht möglich ist. D. macht uns mit drei solcher Formen bekannt, die er selber beobachtet hat. Die erste täuscht einen Lupus erythematosus der behaarten Kopfhaut oder eine Folliculitis decalvans vor und verläuft meistens sehr schnell; bei der zweiten, viel milder auftretenden, ist eine Verwechslung mit Psoriasis capitis oder trockenem Ekzem naheliegend. Die dritte Form endlich, die von D. die ekzematöse genannt wird, und bei der, wie bei der zweiten, ein Gegensatz zur ersten, mehr die Epidermis als die Haare in Mitleidenschaft gezogen wird, ist ein diagnostischer Irrtum noch leichter möglich. Man schützt sich davor dadurch, dafs man immer an die Möglichkeit des Favus denkt, und daraufhin mikroskopisch untersucht.

Türkheim-Hamburg.

---

[1] Nachträgliche Bemerkung des Referenten. Durch die neuesten Erfahrungen, die man beim Lupus erythematosus mit Kochschen Einspritzungen gemacht hat, tritt die Frage in ein ganz neues Stadium und wird die tuberkulöse Natur auch dieses Hautausschlags wahrscheinlicher gemacht.

Saprophyten und Fremdkörper.

Die Behandlung der Pediculosis, von Grellety. (*Journ. des Mal. cut. et syph.* Bd. II. S. 20.) Drei Arten von Läusen kommen am menschlichen Körper vor; die Kopfläuse, 1—2 mm lang, finden sich namentlich bei Kindern und Frauen; die Kleiderläuse, etwas gröfser, halten sich mit Vorliebe in den Kleidern alter, heruntergekommener Individuen auf; endlich die Filzläuse, kleiner als die beiden anderen Arten. Die Läuse sterben während einer akuten, fieberhaften Erkrankung ihres Trägers ab, während die Eier sich erhalten. — Vom Kopf kann man die Tiere am besten mit Vicat oder persischem Insektenpulver entfernen; die Kleider des Kranken müssen im Brutofen desinficiert werden. Zur Tötung der Körperläuse reichen 1—2 Sublimatbäder (10 g auf 200 l Wasser) hin, während die Eier am besten durch Kämmen und Einreiben mit grauer Salbe — wobei man auch die behaarten Teile nicht zu schonen braucht, — unschädlich gemacht werden. Nur mufs man nach etwa drei Stunden, um eine Hg-Vergiftung zu vermeiden, die Salbe mit warmem Seifenwasser wieder wegspülen. — Die von Hallopeau in Vorschlag gebrachte Behandlung mit Kamphorspiritus läfst häufig im Stich. *Türkheim-Hamburg.*

Mifsbildungen.

Über einen Fall von Dermoidcyste in der rechten Mamma einer 66jähr. Frau, von Dr. Karl Herrmann. 1. Assistenten des deutschen pathol.-anat. Institutes zu Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1890. No. 44). Verf. beschreibt einen Fall von Dermoidcyste, die durch ihren seltenen Sitz in der rechten Mamma interessant ist. Genetisch ist es wohl denkbar, dafs sich einmal an dieser Stelle eine gröfsere Partie von Ectoderm abnormer Weise einstülpt, und damit dann die Matrix für die Entwickelung einer Dermoidcyste daselbst gegeben ist. *Leistikow-Hamburg.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane, von Dr. Neuhaus (*Deutsche Medicinal-Ztg.* 1890. Nr. 65, 66).

III. Behandlung der Gonorrhoe mit Antrophoren. Der Verf. empfiehlt, trotz des von v. Düring[1] gerügten Mangels, die Antrophore für den vorderen Teil der Harnröhre. Aufserdem wird der v. Düringsche Einwand (die dünnen Antrophore können die vielfach gefältelte Urethralschleimhaut nicht glätten, und infolgedessen kommt das Medikament des Antrophors nicht mit allen Teilen der Schleimhaut in Berührung) bei den älteren Formen der Gonorrhoe hinfällig, da hier die Längsfalten verkleinert, manchmal total verschwunden; also auch hier kommt die Wirkung der Antrophore zur Geltung.

Was nun den Gebrauch derselben bei frischer Gonorhoe betrifft, so hat N. in $^1/_3$ der Fälle schnelle Heilung (20—22 Tage), in $^1/_3$ Komplikationen vonseiten des Hodens, der Blase etc., und das letzte Drittel wies keine Besserung auch beim

[1] S. *Monatsh. f. prakt. Derm.*, Bd. VIII. pag. 46.

Wechsel des Medikamentes auf. Hier war der Erfolg mäfsig, namentlich wenn man die Komplikationen in Betracht zieht.

Den besten Erfolg hatte NEUHAUS bei der subakuten Gonorrhoe; $^3/_4$ sämtlicher Fälle wurden günstig beeinflufst, $^2/_3$ sogar in 3 Wochen geheilt. Alle 2—3 Tage wurde ein Antrophor eingeführt.

Die richtige chronische Gonorhoe heilte erst unter kombinierter Behandlung von Antrophoren mit Metallsondengebrauch resp. Dilatation. *P. Taenser-Bremen.*

IV. Über den weichen Schanker. (*Deutsche Medizinal-Ztg.* 1890. Nr. 66.) Zunächst bringt der Autor die Krankengeschichte zweier Fälle, bei denen durch mechanische resp. chemische Eingriffe Geschwürsformen entstanden waren, welche mit der venerischen Helkose grofse Ähnlichkeit hatten und bei denen sich der Autor erst durch den anamnestischen Behelf genau klar wurde. Ferner beschreibt NEUHAUS einen Fall, wo nach wochenlanger Heilung eines ulcus molle und nach Bedecken eines Bubo operatus mit antiseptischem Mooskissenverbande, durch einen Halm des Mooskissens eine Verletzung in der Nähe der Operationswunde entstanden war, die ein typisches ulcus molle verursachte. Die Abart des ulcus molle, den phagedänischen Schanker, fand NEUHAUS vorzüglich bei Potatoren. Mit dem Aussetzen der alkoholischen Getränke trat meist bald Heilung ein. Die Behandlung des ulcus molle geschieht nach NEUHAUS gewöhnlich mit pulverisiertem Jodoform, das mit Oleum Lavandul. parfümiert ist. Bei zu üppiger Granulationsbildung touchiert er die kokainisierte Geschwürsfläche mit 20—50% Chlorzinklösung. Ist Jodoform nicht anwendbar, so kann man sich mit Sublimat, Resorcin, Jodol etc. helfen. — Die Bubonen sollen recht frühzeitig operiert werden.

Den Jodoformgitterguttaperchapflastermull erwähnt NEUHAUS nicht. In Dr. UNNAS und meiner Praxis hat sich derselbe, umgeben von odoxisierter Watte in allen Fällen brillant bewährt. Zur Beseitigung der Bubonen dient uns am allerbesten das Quecksilberkarbolsäurepflastermull verbunden mit ganz kleinen Inzisionen. (Anmerk. des Referent.) *Leistikow-Hamburg.*

Über Reinkulturen der Gonokokken, von H. v. SCHRÖTTER und F. WINKLER. Aus dem embryologischen Institute des Prof. SCHENK in Wien. 1890. Den Verfassern gelang es, die NEISSERschen Gonokokken auf sterilisiertem Kiebitzeiweifs zu züchten. Das Eiweifs befand sich teils in erstarrtem (Reagiergläser), teils in flüssigem Zustande (Plattenkulturen).

Das biologische Verhalten wie die Tinktionsverhältnisse liefsen einen Zweifel an der Echtheit des NEISSERschen Gonokokkus nicht aufkommen. Über die Pathophorie des Gonokokkus zur Gonorrhoe äufsern sich die Verfasser nicht, da es ihnen nicht darauf ankam, die Pathophorie des Gonokokkus nachzuweisen (Inokulationsversuche in die Konjunktion des Kaninchens blieben erfolglos), sondern einen leicht herstellbaren Nährboden zu finden, auf dem sich die Gonokokken züchten lassen. Und dies ist ihnen mit Kiebitzeiweifs in reichlichem Mafse gelungen. *P. Taenser-Bremen.*

Die Indikationen der äufseren Urethrotomie im Anschlufs an drei per primam geheilte Fälle, von L. NOVOTNY. (*Intern. Centralbl. f. d. Physiol. u. Pathol. d. Harn- u. Sexualorgane.* Bd. II. pag. 336.)

ANTAL hat in seinem *Lehrbuch d. speziellen chirurgischen Pathologie u. Therapie d. Harnröhre u. Harnblase* (pag. 134) folgende Indikationen für die Boutonnière angegeben:

1. Bei allen kallösen Strikturen, bei welchen die kallöse Infiltration durch erwärmende Umschläge, lauwarme Bäder und Massage nicht zur Resorption gebracht werden kann.

2. Bei traumatischen Strikturen, wobei in allen jenen Fällen, wo die Harnröhrenwand in nicht grofsem Umfange zu Grunde gegangen ist, der narbige Teil exstirpiert und die Wundränder der Schleimhaut quer vereinigt werden müssen. Ist dies nicht ausführbar, so kann man auf ein schweres Recidiv vorbereitet sein.

3. Bei Strikturen geschwürigen Ursprungs.

4. Bei allen Strikturen, bei welchen während der Dilatation die schweren Erscheinungen des sogenannten Harnröhrenfiebers auftreten.

5. Bei Harninfiltrationen, welche nach frischer fausse route auftreten.

6. Bei Harninfiltration, Sphacelescenz und narbiger Fistelbildung.

7. Bei jeder impermeablen Striktur, wenn vollständige Harnretention besteht.

N. hat bei 2 Fällen von kallöser Striktur mit Fisteln und einem Falle von impermeabler Striktur die äufsere Urethrotomie gemacht. Alle 3 Operationswunden heilten prima intentione. *P. Taenser-Bremen.*

Gonorrhoe und Komplikationen.

Über Urethroskopie, von H. Fleki. (*Intern. Centralbl. f. d. Physiol. u. Pathol. d. Harn- u. Sexualorgane.* Bd. II. pag. 329.) Verf. beweist, dafs die Urethroskopie weder eine gefährliche (Fürbringer), noch eine entbehrliche (Finger) Manipulation ist, denn aus den von Finger mit Meisterschaft zusammengestellten klinischen Symptomen kann man nicht in jedem Falle auf die genaue pathologische Veränderung schliefsen; diese werde mit Sicherheit erst durch das Endoskop bestätigt. Findet man keine sichtbaren Veränderungen, so wird man bei dennoch bestehender chronischer Blennorrhoe auf tiefer sitzende Krankheitsherde schliefsen und mechanische Behandlung (Dilatation) einleiten müssen. Sicher ist, dafs viele Krankheiten der Urethra (Fremdkörper, papillomatöse Geschwülste etc.) durch die Urethroskopie entdeckt werden, die man aus den klinischen Symptomen allein schwer diagnostizieren kann.

Bezüglich der Art des Urethroskops behauptet der Verf., mit einem einfachen Spiegel und einer Rundbrenner-Petroleumlampe dieselben Resultate erzielt zu haben wie mit Oberländers Elektro-Urethroskop. Die persönliche Geschicklichkeit und die Übung, nicht das Werkzeug, seien Haupterfordernis. *P. Taenser-Bremen.*

Verschiedenes.

Mehrfache Durchlöcherungen der Nasenscheidewand; Halbmondförmige Durchbohrung des Gaumensegels rechts; Verwachsung des rechten hinteren Pfeilers des Gaumensegels mit der hinteren Rachenwand, von Natier. (*Journal de la Policlin. de Bordeaux.* Bd. I. Heft 1. S. 11.) Dieser Überschrift ist nur noch hinzuzufügen, dafs sämtliche Veränderungen sich ganz schmerzlos einstellten und dafs es sich um eine dreifache Durchlöcherung der Nasenscheidewand handelte. Verf. stellt die Vermutung auf, dafs da, wo man ein grofses Loch in der knöchernen Nasenscheidewand findet, ursprünglich, wie in diesem Fall, mehrere kleinere Durchbohrungen bestanden haben mögen. *Türkheim-Hamburg.*

Berichtigungen.

Herr Dr. JADASSOHN ersucht die Redaktion um Aufnahme folgender **Berichtigungen**:

I. Zu Band XI. Heft 5. pg. 232. Ich habe in meiner Arbeit „Über die Gonorrhoe der paraurethralen und praeputialen Drüsengänge“ (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 25 u. 26) im Anschluſs an den kasuistisch-klinischen Teil einige die allgemeine Pathologie der Gonorrhoe betreffenden Bemerkungen gemacht, welche sich wesentlich gegen die Schlüsse wendeten, die BUMM in seinen sonst so ausgezeichneten Untersuchungen aus seinem (aus äuſseren Gründen) einseitigen Material gezogen hat. An die Spitze dieser Erörterungen setzte ich 4 Thesen, welche, wie ausdrücklich betont wurde, die bekannten Resultate der Bummschen Arbeit kurz zusammenfaſsten. Gegen die drei ersten seiner Sätze polemisierte ich auf den folgenden Seiten (pg. 14, 15, 16 des Sonderabdrucks) meiner Arbeit und glaube, den Nachweis geführt zu haben, daſs sie **nicht** mehr aufrecht zu erhalten sind.

Ich bemühte mich, zu beweisen,

1. daſs der gonorrhoische Prozeſs **nicht** immer eine reine Oberflächenerkrankung darstellt,
2. daſs die Gonokokken **nicht** nur in das Cylinderepithel, sondern auch in geschlossenes Pflasterepithel einzudringen vermögen,
3. daſs also auch die von BUMM nachgewiesene Umwandlung der Cylinder- in Pflasterepithel die definitive Heilung der Gonorrhoe **nicht** bedingen kann.

Der Herr Referent aber schlieſst sein Referat mit den Worten: „Pathologisch ergibt sich aus der Arbeit“: (d. h. doch wohl nach der Ansicht des Verfassers?) und fügt an diesen Satz die 4 Thesen, welche BUMMS Ansichten wiedergeben; d. h. also er hält das, was ich in meiner Mitteilung bekämpfen wollte und bekämpft habe, für ein Resumé derselben.

II. Zu Band XI. Heft 9. pg. 412. In der Arbeit: „Zur Kenntnis der multiplen Myome der Haut“ sind nicht, wie der Herr Referent berichtet, 4, sondern nur 2 Fälle publiciert; die Zahl 4 bezieht sich augenscheinlich auf die Summe der einschlägigen Beobachtungen, welche ich aus der Litteratur zusammengestellt habe.

III. Zu Band XI. Heft 11. pg. 518. Gelegentlich seiner Demonstration über Lichen ruber, Pityriasis rubra etc. soll NEISSER nach der Auffassung des Herrn Referenten gesagt haben, daſs bei Pityriasis rubra „die Pigmentierung der groſsen Drüsenzellen, wie auch das in der Haut nachgewiesene Pigment wahrscheinlich von Taetowierungen herrühre“. Diese durch nichts begründete, sehr merkwürdig klingende Hypothese hat NEISSER nicht aufgestellt; es heiſst vielmehr in dem Autoreferat des betreffenden Vortrages: „Das Pigment in den Drüsen rührt wahrscheinlich her von einem auch in der Haut nachweisbaren Pigment, welches neben Mastzellen sich in verhältnismäſsig groſsen Zellen in groſskörnigen Massen vorfindet und wohl **analog den artifiziell eingeführten Pigmentmassen bei Taetowierungen** verschleppt wird.

IV. Zu Band XI. No. 12. pg. 556. Bei der Vorstellung eines Patienten mit einem Primäraffekt an der Tonsille habe ich nicht die STÖHRsche Theorie für wahrscheinlicher gehalten als die POSPELOWS, (denn es gibt keine STÖHRsche Theorie, welche das Zustandekommen der Primäraffekte an den Tonsillen erklärt), sondern ich habe die von STÖHR gefundene **Thatsache**, daſs das Epithel der Tonsille infolge der fortwährenden Durchwanderung der Leukozyten auch normalerweise von Gängen und Lücken durchsetzt ist, herangezogen zur Erklärung der relativen Häufigkeit der Tonsillarschanker im Gegensatz zu den im übrigen Teil der Mund-Rachenhöhle lokalisierten Sklerosen.

Breslau, 27. Januar 1891. Dr. JADASSOHN.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Pellizzari. Der Diplokokkus von Neisser in den periurethralen blennorrhoischen Abscessen. *Centralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat.* Bd. I. 1890. Jena.

Unna. On the Microorganismus of Leprosy. *Dublin Journ. of Med. science.* Febr. 1890.

Jadassohn. Über Inokulationslupus. *Virchows Archiv.* Bd. 121. 1890. S. 210.

Derselbe. *Vorstellung eines Patienten mit einem Primäraffekt an der linken Tonsille.* Vortrag in der med. Sektion der Schlesischen Gesellschaft f. vaterländ. Kultur. Breslau.

Neisser. *Über Lichen ruber acuminatus, Pityriasis rubra (Hebrae), Favus, Mycosis fungoides.* Vortrag in der med. Sektion der Schlesischen Gesellschaft f. vaterl. Kultur.

Elliot. A general Outline of the treatment of Eczema. *Atlanta Medic. and Surg. Journ.* 1890.

Bülau. Für die Heber-Drainage bei Behandlung des Empyems. *Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 18. Heft 1 u. 2.

Fechner u. Preyer. *Wissenschaftliche Briefe.* Hamburg 1890, Leopold Voss. gr. 8°. VIII und 232 S. (Mit Portrait Fechners.) *M.* 7.—

Nicolas. Un cas d'eczéma général aigu à la Bourboule. *Union médicale.* III. Serie. Paris 1890.

Eisenlohr. Über Landrysche Paralyse. *Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 38.

Transactions of the American dermatological Association at its thirteenth annual meeting 17—19. Sept. 1889. Boston.

Ohmann-Dumesnil. A peculiar case of Addisons disease. *Atlanta med. Journ.* 1890.

— A case of Ringworm of the scalp. *Cincinnat. Med. News.* Juni 1890.

— An unusual case of atrophy of the Skin. *Alineist and Neurologist.* St. Louis. Juli 1890.

Taylor. Lecture on acne vulgaris and acne rosacea. *Liverpool med.-chirurg. Journ.* Juli 1890.

Kromayer. Zur patholog. Anatomie der Psoriasis. *Habilitationsschrift.* Wien 1890.

Janowsky. Zur Anwendung der Salicylsäure bei Behandlung der venerischen Geschwüre. *Internat. klin. Rundschau.* 1890. No. 24, 25, 27.

Jacobi. Vier Fälle von Milzbrand beim Menschen. *Habilitationsschr.* Berlin 1890.

Kotelmann. *Gesundheitspflege im Mittelalter.* Hamburg 1890, Leopold Voss. gr. 8°. VIII und 276 Seiten. *M.* 6.—

Simmonds. Über die Desinfektion der Fäces mit Lysol. *Jahrbücher der Hamburg. Staatskrankenanstalten.* Bd. I. 1889. No. 25.

— Zwei Mifsbildungen des Genitalsystems. Ebenda No. 24.

Fränkel. Zur Lehre von der Ätiologie der Komplikationen im Abdominaltyphus. Ebenda No. 20.

Cordua u. Glum. Über die Verwendbarkeit des Zinkleims in der Verbandtechnik. Ebenda No. 28.

Weigert. Bemerkungen über das Neurogliagerüst des menschlichen Centralnervensystems. *Anatom. Anzeiger.* 1890. No. 19.

Liebert. Beiträge zur Lehre vom Contractus aestimatorius. Juristische Dissertat. Berlin 1890.

Neisser. Über die Mängel der zur Zeit üblichen Prostituiertenuntersuchung. *Deutsche med. Wochenschr.* 1890.

Tarnowsky. *Prostitutution und Abolitionismus.* Briefe. Hamburg 1890, Leopold Voss. gr. 8°. XI und 222 S. *M.* 5.—

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XII. No. 5. 1. März 1891.

Über Tätowierungen der Prostituierten.

Von

Prof. Dr. R. Bergh
in Kopenhagen.

(Mit Tafel III u. IV.)

Die gefahrdrohende Bewegung, die seit 1875 durch Mrs. Butler und ihre naive internationale Federation sowie durch alle diese Prostitutions-Abolitionisten erweckt und erhalten worden ist, hat wenigstens doch den Nutzen gestiftet, dafs sie als eine Art Gegengewicht verschiedene Untersuchungen hervorgerufen hat, die gewisse Übereinstimmungen zwischen dem Verbrecher- und dem Prostitutionsnaturell nachzuweisen scheinen. Dieselben scheinen gezeigt zu haben, dafs es zum grofsen Teile nicht die verkehrten socialen Verhältnisse sind, die direkt die Prostitution erzeugen, sondern dafs letztere meistenteils durch von Kindheit ab lasterhafte Individuen rekrutiert wird, die sozusagen der Prostitution selbstverschrieben waren. Dem Verbrecher wie der Prostituierten gilt es um Freiheit von wirklicher Arbeit, um ein ungebundenes und hasadiertes Leben, um Befriedigung gewisser Arten von niedriger Eitelkeit, um ein Sinn und Gedanken betäubendes, fortwährendes Getümmel, und für viele noch um ungebundene geschlechtliche Befriedigung. Alles dieses bildet die Reize der Existenz dieser Menschen. Dieselben Untersuchungen haben aber auch bei einer gewissen Anzahl der Prostituierten verschiedene ähnliche psychische und physische Degenerations-Phänomene nachgewiesen,[1] die bei den Verbrechern konstatiert worden sind.

Lombroso[2] besonders hat das, übrigens schon lange gekannte, häufige Vorkommen von Tätowierungen bei Verbrechern stark hervorgehoben. Unter einer sehr grofsen Anzahl von erwachsenen solchen Individuen fand der italienische Verfasser etwa 10 pCt. tätowiert und zwar besonders häufig und mit höherer pCt.-Zahl die schlimmeren Klassen der

[1] Pauline Tarnowsky, *Traité anthropométrique sur les prostituées et les voleuses*, 1889. Avec tableaux et dessins. — Vgl. auch B. Tarnowsky, *Prostitution und Abolitionismus*. Hamburg 1890.

[2] C. Lombroso, *l'uomo delinquente*. Quarta ediz. 1889. I. p. 287—323 (294), 645. Tav. XVI, XVII, XXVIII, XXIX. — II. p. 453—461.

Verbrecher. Auch hier zeigt sich eine gewisse Verwandtschaft der öffentlichen Dirnen mit den Verbrechern. Die Prostituierten sind nicht selten tätowiert, ungleich häufiger[3] als andere Weiber der niederen Klassen. Von den etwa 800 Individuen, die in den letzten 5 Jahren in Kopenhagen als öffentliche Dirnen praktiziert haben, haben 80 oder etwa 10 pCt. sich tätowiert gezeigt.

Tätowierung ist die Sitte, bezw. die Kunst, fast unvergängliche farbige Figuren an der Haut durch (feines Ritzen oder) Stichelung mit Nadeln unter gleichzeitigem oder gleich nachfolgendem Eintragen von Farbstoffen in die kleinen Wunden zu bilden[4].

Der Name, Tatow, ist erst von Cook (1773) eingeführt und stammt von den Bewohnern der Südseeinseln, besonders von denen der Freundschafts- und Gesellschaftsinseln (Tatow) und denen der Schifferinseln (Ta-tatau). Der Name soll onomatopoietischer Natur sein und das oft in Triol-Takt gehende Klopfen mit einem kleinen Hammer an das Tätowierungs-Instrument nachahmen (Wuttke). Diese Sitte geht übrigens unter verschiedenen Namen bei den verschiedenen Stämmen, die die Inseln des stillen Meeres bewohnen.

Die Missionäre haben sich immer dieser heidnischen Sitte gegenüber feindlich gestellt; schon durch den wachsenden Einfluſs derselben wird dieser Gebrauch beschränkt und scheint an vielen Gegenden der Erde, und zwar besonders in Australien, wenigstens in seinen ausgeprägten Formen, im Aussterben begriffen. Der gröſste Teil der Erde scheint ja allmählich von der weiſsen Rasse okkupiert zu werden; die Eingeborenen der niedrigsten Rassen werden aussterben oder absorbiert werden, und damit wird das Tätowieren, in seinen eigentlich dekorativen Formen wenigstens, verschwunden sein; Kultur und Tätowierung vertragen sich nicht. Es ist daher für die vergleichende Anthropologie von der gröſsten Wichtigkeit, daſs in den letzten Decennien, und besonders im letzten,

---

[3] Eine wirkliche Statistik der Häufigkeit der Tätowierungen bei den Prostituierten fehlt oder ist nur durch die Angabe von A. Orazio (Lombroso, l. c. II. p. 453—457) vertreten, der solche bei 28 von 300 Dirnen von Genua fand. Ebenso fehlen Angaben über die Häufigkeit der Tätowierungen an den zur Sektion kommenden Leichnamen. Den Erfahrungen des Berliner pathologischen Instituts zufolge sollten etwa 4 pCt. von sämtlichen männlichen secierten Individuen Tätowierungen zeigen. Vgl. W. Joest, *Tätowieren.* 1887. p. 109.

[4] Eine mit dem Tätowieren verwandte, im ganzen vielleicht ältere und mehr rohe Schmuckart ist der bei verschiedenen wilden Völkern der Erde ziemlich stark verbreitete Gebrauch gröbere Ritze oder Schnitte in der Haut zu machen, sehr oft mit Eintragen von Farbstoffen verbunden. Diese Bildung von farbigen oder nichtfarbigen, starken Narben wird von den Australiern meistens Manka genannt. Diese Schmuckart ist, besonders von Reisenden, oft mit der durch Stichelung hervorgebrachten Tätowierung verwechselt worden. Wuttke hat (*Die Entstehung der Schrift.* 1877. p. 86) erst diese zwei Gebräuche scharf unterschieden und den ersten mit dem exklusiven Namen Manka bezeichnet.

dieser merkwürdigen Sitte sich eine bedeutende wissenschaftliche Aufmerksamkeit zugewandt hat.[5]

Diese Untersuchungen der letzten Zeit nun scheinen nachgewiesen zu haben, dafs es kaum einen Stamm oder ein Volk gibt, bei dem Tätowierung nicht, wenigstens an einzelnen Stellen oder zu gewissen Zeiten, Gebrauch gewesen oder noch ist. Gewisse, als Erinnerung an praehistorische Menschen, an einzelnen Stellen in Europa (der Aurignac-Höhle) gefundene Geräte[6] sind als Tätowierungs-Instrumente gedeutet worden; unter allen Umständen, und von der Richtigkeit dieser Deutung ganz abgesehen, ist es wahrscheinlich, dafs diese Aboriginen Tätowierung gepflegt haben. Dieser Gebrauch war den Ägyptern bekannt und von den Völkern geübt, mit denen die Hebräer in Berührung kamen, daher das strenge Verbot desselben von Moses (*Levitic.* XIX, 28). Die Römer fanden die Picten und Briten (nicht allein bemalt, sondern auch) tätowiert,[7] und die römischen Historiographen erwähnen diese Sitte als bei den Thrakern, Illyriern, Daciern u. a. osteuropäischen Völkern verbreitet. So weit historische Forschung und Kenntnis reichen, scheint das Verhältnis in allen Weltteilen dasselbe gewesen zu sein.[8] Auffallend ist aber die geringe Verbreitung, die dieser Gebrauch im ganzen bei der begabten und so früh entwickelten arischen Rasse gehabt zu haben scheint, bei der derselbe auch im wesentlichen früh fast verschollen scheint. Die Sanskrit-Sprachen besitzen keinen Ausdruck für Tätowierung; davon gar nicht zu reden, dafs weder die isländische noch überhaupt die älteste nordische Litteratur irgend eine Anspielung noch Kenntnis dieses Gebrauchs enthält.[9] Bei den Zigeunern soll Tätowieren (kurios genug!) fast gar nicht vorkommen[10] so wenig wie in ihrer (Rom-) Sprache ein Name dafür; was mit ihrer arischen Abstammung auch in Verbindung stehen dürfte.

---

[5] E. Berchon, *hist. médic. du tatouage.* 1869. — H. Wuttke, *die Entstehung der Schrift.* m. 34 Taf. 1887. p. 79—140. — Lacassagne, *les tatouages, ét. anthropolog. et médico-légale*, av. pl. 1881. — W. Joest, *Tätowieren, Narbenzeichnen und Körperbemalen.* m. Taf. 1887. Fol.

[6] Lartet, nouvelles rech. sur la coëxistence de l'homme et des grands mammifères fossils. *Ann. des sc. nat. Zool.* 4 S. XV. 1861. (p. 177—253. pl. 10—13), p. 189. pl. 11, Fig. 3. — Es ist übrigens sehr zweifelhaft, ob das von Lartet abgebildete Instrument zur Tätowierung gedient hat; wenigstens scheint es nicht anderen, bei wilden Stämmen gesehenen, Gerätschaften für diesen Gebrauch sehr ähnlich zu sein.

[7] Vgl. Joest, Körperbemalen und Tätowieren bei den Völkern des Altertums. *Zeitschr. f. Ethnologie.* XX. 1888. p. 412—414 (416).

[8] „Not one great country can be named, from the polar region in the north to New-Zeeland in the south, in which the aborigines do not tattoo themselves". Darwin, *the descent of man.* 7. ed. II. 1871. p. 339.

[9] In der nordischen Litteratur ist die Tätowierung überhaupt kaum besprochen. Abgesehen von einigen älteren Notizen von Cranz und von Rink über die Tätowierungen der Grönländerinnen, haben nur S. Hansen (*Om Stigmata hos Forbrydere. Hosp. Tid.* 3 R. VII. 1889. p. 422 Anm.) und von Düben (Ymer, *Tidskr. utg. af Sv. Sällsk. f. Anthrop. och Geogr.* VI. 1886. 1887. p. XVIII) einige Bemerkungen über dieses Thema geliefert.

[10] Vgl. Joest, l. c. p. 101—102.

Der Ursprung und die Bedeutung dieses Gebrauches scheint sehr mannigfaltig und verschieden bei den verschiedenen wilden Völkern und Stämmen zu sein und gewesen zu sein. Ursprünglichst hat die Tätowierung vielleicht als Schreckmittel Feinden gegenüber gedient. Noch dazu ist sie in ihren vielfachen Formen oft als Stamm-Abzeichen benutzt, oder als Zeichen von eingetretener Pubertät, bei Mädchen und Knaben. Noch dazu sind diese Zeichnungen, wenigstens in gewissen Formen, als Auszeichnungen benutzt, die nur von Häuptlingen oder von berühmten Kriegern getragen werden konnten. Meistens haben diese Hautzierden doch wohl der Eitelkeit gedient, sie sind Schmuck gewesen; in seiner gröfsten Entwicklung[11], wo die Tätowierungen wirklich eine Zierde sein können, findet sich dieser Gebrauch auch nur bei Stämmen, die Gegenden bewohnen, deren Klima eine fast absolute Nacktheit erlaubt. In dem Verhältnisse, in welchem die Wilden sich an Bekleidung gewöhnen, verschwindet die Tätowierung und wird wesentlich auf die unbedeckten Körperteile, Antlitz und Hände, beschränkt.

Alle diese Bedeutungen hat die Tätowierung in ihren verschiedenen Formen noch bei so vielen wilden Stämmen bewahrt, während sie in Europa schon in den ältesten Tagen Griechenlands und Roms nur als Merkzeichen für Gefangene, Sklaven und Verbrecher (*lex Remonia*) verwendet wurde oder als eine Art von Zunftzeichen gebraucht mit einem auf die Gilde anspielenden Emblem. Auch die ersten Christen brauchten als Vereinszeichen ein eigenes Symbol oder Monogramm (X oder JN oder das Lamm oder ein Fisch) oder ein kleines Kreuz, am Arme, meistens oberhalb des Handgelenkes, angebracht; und noch bis auf unsere Tage ist es Sitte gewesen, dafs die Pilger von Loretto[12] und vom heiligen Grabe in Jerusalem sich in ähnlicher Weise auf dem Arme signieren liefsen, und unter diesen Frommen sind so notable Personen wie russische Grofsfürsten und der jetzige Prinz von Wales gewesen[13]. In der begeisterten Zeit des Ausbruches der grofsen französischen Revolution wurde ihr Programm — liberté, fraternité, égalité — an so manchem Arme eingeprägt, und wurde auch am Leichnam von Bernadotte gelesen[14].

Heutzutage ist der Gebrauch des Tätowierens in Europa sehr beschränkt, auch fast nur von den niedrigsten Klassen geübt, wo dasselbe

---

[11] Joest zufolge (l. c. p. 49, 58, 59, 125. Taf. VIII—XI) ist Japan das Land, wo noch am schönsten und kunstvollsten tätowiert wird. Ich habe in den letzten Jahren zweimal, bei Schiffskapitänen, Gelegenheit gehabt, schöne Tätowierungen zu sehen, die ich richtig als in Japan gemacht diagnostizierte.

[12] Vgl. Lombroso, l. c. I. p. 291.

[13] Vgl. Lacassagne, l. c. p. 97. — Joest, l. c. p. 107.

[14] In früherer Zeit wurden Findelkinder in den Spitälern und von den Hebammen oft mit einer Tätowierung signiert, insofern solches nicht schon vor der Aussetzung, wie oft, geschehen war. Vgl. Beaumarchais, le mariage de Figaro. Acte III, Scène XVI (Hiéroglyphe — spatule).

als ein, meistens zwar sehr zweifelhafter Schmuck verwendet wird oder als Monument einer meistens ganz vorübergehenden Neigung zu einem anderen Individuum, meistens anderen Geschlechtes, stehen bleibt. Gewöhnlich kommen die Tätowierungen jetzt nur bei Soldaten, Matrosen, Verbrechern und Prostituierten vor. Sie kommen bei Individuen vor, die solchen kastenartigen Genossenschaften angehören, und sind fast so oft eigentlich nur Frucht von Nachahmungstrieb oder von durch Müfsiggang hervorgerufener oder begünstigter plötzlicher Eingebung.

Aber auch in den Armeen und besonders in den Marinen nimmt der Gebrauch der Tätowierung wahrscheinlich ab. Bei der Untersuchung von 3000 alten Soldaten im Pariser Invalidenhôtel fand Hutin[15] im J. 1853 doch 506 Tätowierte und schätzt die Anzahl noch höher, weil viele ihre Marken verheimlichten; später soll dieser Gebrauch in der französischen Armee abgenommen haben. Sichere Angaben fehlen aber in dieser Beziehung überall. Noch mehr gilt diese Abnahme des Gebrauchs in der französischen Marine, besonders nachdem die Administration, belehrt durch viele bei den Tätowierungen eingetroffene Unglücksfälle (Erysipelas, Phlegmone, Syphilis u. s. w.), alle Tätowierung während der Dienstzeit verboten hat. Später hat die italienische Marine-Administration dieses Verbot adoptiert.

In voller Blüte steht aber noch die Tätowierung in der Hefe der Bevölkerung, welche die meisten Verbrecher liefert; eine sehr grofse Anzahl derselben zeigt sich immer tätowiert. Es waren eigentlich erst Casper (1852)[16] und Tardieu (1855),[17] die den mitunter unersetzbaren Nutzen hervorhoben, den die Kenntnis solcher individueller Tätowierungen in verschiedener Art der medico-legalen Untersuchung leisten kann. Die abschliefsende Rolle, die das Fehlen von solchen Marken in der berüchtigten Tichborneschen Erbsache spielte, hat wieder die Aufmerksamkeit auf dieses Verhältnis hingelenkt, dessen Wichtigkeit später durch verschiedene Fälle und mehrere Arbeiten, besonders von Lombroso, weiter konstatiert worden ist.

Über die Tätowierungen der öffentlichen Dirnen ist bisher nur wenig bekannt und fast nur das von Parent-Duchatelet in seinem klassischen Buche[18] Mitgeteilte. Man sucht sonst vergebens hierher gehörende Erläuterungen in den vielen anderen, sowohl älteren wie neueren,

---

[15] Hutin, rech. sur les tatouages. *Bull. de l'ac. de méd.* XVIII. 1853. p. 348. — E. Berchon, l. c. 1869. p. 32—33.

[16] Casper, über Tätowierungen. *Viertelj. f. ger. u. öffentl. Medicin.* I. 1852. p. 274—297.

[17] Tardieu, ét. médico-légale sur le tatouage. *Ann. d' hyg. publ.* 2. S. III. 1855. p. 171—206.

[18] Parent-Duchatelet, de la prostitution dans la ville de Paris. 3. éd. I. 1857. p. 123—126.

Spezialarbeiten über die Prostitution und die Prostitutions-Verhältnisse; es finden sich gar keine Bemerkungen darüber, ebensowenig bei Rétif de la Bretonne (1770) wie bei Potton (1842), Jeannel (1874), Lecour (1874), Mireur (1875), Desprès (1883), Martineau (1885), B. Tarnowsky (1889) u. A. Parent-Duchatelet zufolge ist diese Sitte fast nur bei den Dirnen der niedrigsten Klasse Mode, besonders bei solchen, die mit und von Militärpersonen leben. Dem französischen Verf. zufolge finden sich die Tätowierungen nicht an den gewöhnlich entblößten Körperteilen, am öftesten am obersten Teile der Oberarme, an der Vorderfläche des Brustkorbs median und unter den Mammae. Die Tätowierungen bestehen aus Buchstaben oder Namen, meistens die männlichen Liebhaber berücksichtigend — es kommen deren bis 30 eingeschrieben vor —, oder aus Figuren. Bei den Namen ist oft ein „Auf Ewig" zugefügt; Herzen und vom Pfeil durchbohrte Herzen, Blumen und Blätter bilden die gewöhnlichen banalen Ornamente. Den wechselnden Neigungen und neuen geschlechtlichen Verhältnissen gemäfs wird ein Name oft mit einem anderen bedeckt. Nie kommen obscoene Figuren vor, und nie finden sich liederliche Anspielungen in den Tätowierungen; diese Frauenzimmer bilden in dieser Beziehung einen merklichen Gegensatz zu den rohen Männern, mit denen sie zusammen leben, und die so oft die liederlichsten Tätowierungen tragen und vorzeigen.[19] Dagegen wird das kuriose Verhältnis hervorgehoben, dafs mehrere dieser Frauenzimmer und besonders der älteren den Namen einer Liebhaberin oberhalb der Regio pubica eingeschrieben tragen.[20] Parent-Duchatelet meint, dafs die Sitte des Tätowierens sich unter diesen Frauenzimmern verliere. — Im Frühsommer des vorigen Jahres hatte ich in Paris Gelegenheit über diese Tätowierungen mit dem alten Dr. Passant, dem vieljährigen Chef der Visitationen der öffentlichen Dirnen (Chef du dispensaire de salubrité) zu verhandeln. Auch Dieser meinte, dafs diese Sitte jetzt weniger als früher verbreitet sei;[21] übrigens wären die Verhältnisse etwa wie in den Zeiten von Parent-Duchatelet; Dr. Passant meinte diese Marken fast nur an den Vorderarmen zu sehen, selten an den Schenkeln und nie am Unterleibe; ich betrachte aber diese letzte Angabe als etwas zweifelhaft.[22]

Bei den öffentlichen Dirnen von Kopenhagen — und von diesen handelt eigentlich nur dieser Aufsatz — scheint Tätowierung früher

---

[19] Vgl. Lombroso, l. c. I. p. 299—302. Tav. XVI, XVII, XXVIII, XXIX. — Lacassagne, l. c. p. 28.

[20] Doch scheinen auch andere Zeichnungen am Unterleibe der Prostituierten vorzukommen. Vgl. *Journ. des Goncourt.* II. (1862—1865). 1888. p. 80.

[21] E. Goncourt präsentiert in seiner „la fille Elisa" eine der Pensionäre des Bordells als tätowiert (éd. Charpentier. 1877. p. 118).

[22] Lacassagne (l. c. p. 102) scheint Tätowierungen am Unterleibe gesehen zu haben.

nicht in sehr ausgedehntem Gebrauch gewesen zu sein; es fehlt aber in dieser Beziehung jede zuverlässige Nachricht. Ich erinnere mich deutlich vor 30—35 Jahren am Arme von einzelnen Dirnen Namen angebracht gesehen zu haben; aber nur bei zwei der etwa 40 hier, und zwar durch 20—30 Jahr praktizierenden Frauenzimmern, sind Tätowierungen jetzt nachweisbar, 15 und 13 Jahr alt. Diese Sitte ist vielleicht im Aussterben hier so ziemlich gewesen. In den letzten Jahren scheint Tätowierung hier wieder Mode zu werden, indem ein jüngerer Mann, früher Seemann, mit Talent für Zeichnung und für die spezielle Kunst, den Nachahmungstrieb und den Leichtsinn dieser Frauenzimmer ausbeutet. Von den 804 Individuen, die in den 5 letzten Jahren praktiziert haben, sind 80 tätowiert, und zwar 49 von diesem Individuum. Die übrigen sind zum gröfsten Teile von „Freundinnen" in den Zwangsanstalten oder Polizeiarresten tätowiert, einzelne von ihrem privaten Liebhaber (Souteneur).

Bei 34 dieser 80 Individuen zeigt sich die Tätowierung nur als Buchstaben oder Buchstabenpaar, bei 10 anderen als Namen, meistens aber dann mit Buchstaben zusammen. Bei 22 wurden Buchstaben und Figuren gesehen, bei 11 Namen und Figuren; nur bei 3 Individuen kamen Figuren allein vor. Die Mehrzahl aller dieser Arten von Tätowierungen, darunter auch die 45 der Figuren, waren in Rot und Schwarz gemacht; eine geringere Anzahl und darunter 22 Figuren in Schwarz allein; nur selten waren sie (2) in Rot und Blau oder (1) in Rot allein.

Bei 73 (der 80) Individuen waren die aktuellen oder früheren männlichen Liebhaber vorläufig verewigt durch die mit 2, 3 Buchstaben (Anfangsbuchstabe zu Vor- und Nachname (Vgl. auf den Tafeln Fig. 5, 6, 7, 9, 13, 17, 18) oder mit Vornamen allein (Fig. 4, 11) mehr diskret angedeutetenoder voll ausgeführten Namen (Fig. 8). Dreiundzwanzig dieser Frauenzimmer hatten nebenbei ihren eigenen Namen angebracht, entweder nur angedeutet oder ganz; seltener (5) fand sich dabei Datum und Jahreszahl. Bei 26 fand sich der Name von zwei, bei 3 von drei, bei 4 von vier und bei je einem von 5 und 6 Liebhabern; die hohe Liebhaberzahl der Pariser Dirnen wurde nie erreicht. Bei 5 Individuen war die Erinnerung an eine frühere Inklination dem Vergessen durch Übertätowierung mit einem neuen Namen übergeben oder mit einem Grabkreuz (!) bedeckt. Zwei Individuen trugen nur den Namen ihrer Liebhaberin, zwei einen solchen neben dem eines Liebhabers und ihrem eigenen, eine ihren eigenen unter dem der Liebhaberin. Bei 4 Individuen fand sich nur eigener Name. Bei einem zeigte sich in Gesellschaft anderer Initialen die des Namens eines Bruders, bei einem andern die eines Kindes; Namen von Vater oder Mutter schienen nie vorzukommen.

Bei 35 Individuen zeigten sich die Tätowierungen als eine oder

mehrere, kleinere oder gröfsere Figuren oder Bilder, fast immer in Gesellschaft von Buchstaben oder Namen. Es kommt keine grofse Variation in allen 70 Figuren vor, eine unendlich viel geringere als die bei Männern beobachtete; dieselben Muster wiederholen sich zu oft. Natürlich genug kommen oft Muster aus symbolischen Figuren vor, die auch in Frankreich[23] und in Italien[24] in Gebrauch sind. Am häufigsten, bei 15 Individuen wurden zwei von einer Art von Knoten in entgegengesetzter Richtung ausgehender Blätter (Fig. 1, 3, 11, 17) gesehen, dann bei 7 Individuen eine Rose mit Blättern (Fig. 12); bei 6 Individuen kam ein Herz vor (Fig. 3, 11, 14), oft mit zwei sich quer über das Herz drückenden Händen (Fig. 3, 11) oder mit zwei Buchstaben im Centrum des Herzens, oder bei 4 Individuen ein von einem Pfeile durchbohrtes Herz (Fig. 4, 13). Bei 5 Individuen wurde das Brustbild eines jungen Mannes (Fig. 2) gesehen, bei 4 Dirnen ein paar sich drückende Hände, und bei 5 anderen ähnliche, ein Herz, wie erwähnt, teilweise deckend (Fig. 3, 11). Bei 6 Individuen wurde ein Anker gesehen, vom Tau umschlungen (Fig. 16), und bei 3 das banale Emblem von Glaube, Hoffnung und Liebe (Fig. 14), doch von variierender Form und Gröfse. Bei 3 Individuen kam eine Art von Querband vor (Fig. 6), bei 2 ein Zweig mit Blättern und bei 2 ein einzelnes Blatt; bei den 8 anderen wurden gesehen: ein Armband, ein Grabkreuz, ein Kranz, ein Kringel, ein Ring, ein Stern (Fig. 15), ein Schiff mit vollen Segeln (Fig. 10) und eine patriotische Flaggendekoration mit Kanonen (Fig. 1). — Bei 9 dieser Individuen fanden sich zwei, bei 2 vier und bei 1 fünf solche Zeichnungen, bei den allermeisten, wie erwähnt, noch dazu mehrere Buchstaben und Namen; 2 Individuen hatten somit in allem 9, eins 11 und eins 15 Tätowierungen an seinem Körper.

Alle diese Tätowierungen hatten meistens ihren Sitz an den Oberextremitäten, ungleich seltener an den unteren (den Schenkeln) und vorne an der Brust; an anderen Körperteilen wurden sie nie gesehen, somit auch nie am Unterleibe. Der häufigste Sitz war die Innenseite des linken Vorderarms, wo Tätowierungen bei 25 (von 80) Individuen gesehen wurden; häufig, bei 21 Personen, kamen sie auch an der Innenseite des rechten Vorderarmes vor, und 21 hatten Tätowierungen an der Innenseite von beiden Vorderarmen. Sie kamen ferner bei 8 Individuen an der Aufsenseite des linken und bei 4 des rechten Vorderarmes vor, bei 4 an der Vorderseite des linken und bei 4 anderen des rechten Vorderarmes. Am häufigsten fanden sich die Tätowierungen also an den Vorderarmen, besonders am linken. An der Aufsenseite des rechten Ober-

[23] Vgl. Lacassagne, l. c. Fig. 15, 35, 36 (Calquen).
[24] Vgl. Lombroso, l. c. (p. 287—323). Tav. XVI. Fig. 2; Tav. XVIII. Fig. 1, 2 pp.

armes zeigten 6 Individuen diese Marken, und bei einem fanden sich solche an der Vorderseite desselben; bei 4 Individuen kamen Tätowierungen an der Aufsenseite des linken Oberarmes vor und bei einem hoch oben an der Aufsenseite der Schultergelenksgegend. Die Rückenseite des rechten Handgelenks trug bei 4 Individuen Tätowierung, und bei einem fanden sich solche auch am linken. Bei 9 Personen wurden solche Marken am linken Handrücken, dem Zwischenraume zwischen Daumen und Zeigefinger entsprechend, gesehen, und bei 4 fanden sich ähnliche an entsprechender Stelle rechter Hand; bei je einem Individuum fand sich Tätowierung in der Mittelhandgegend des rechten und des linken Daumen. Bei 3 Individuen wurde eine Fingerring-Zeichnung gesehen, respektive am linken Daumen, Zeige- und Zwischenfinger. Drei Individuen hatten Figuren oberhalb des linken, 1 oberhalb des rechten Kniees und 3 oberhalb der beiden Kniee. Nur bei einem Individuum kam eine Zeichnung in der Gegend des Manubrium sterni vor, bei einem anderen daselbst der Name eines Liebhabers; bei einem dritten fand sich weiter unter, zwischen den Brüsten, eine Zeichnung.

Die Tätowierungen, wie sie sich bei den Kopenhagener Dirnen zeigen, stimmen wesentlich mit den Verhältnissen, worunter sie bei den Pariserinnen dieser Klasse auftreten, überein; diese Kaste wiederholt ja überhaupt im wesentlichen dieselben Züge. Hier wie in Paris sind es hauptsächlich die jungen und die zu den niedrigsten Klassen gehörenden Dirnen, die sich in dieser Weise marken lassen; hier wie dort kommen obscöne Zeichnungen oder Anspielungen nie vor. Hier wie dort beziehen sich die Tätowierungen meistens auf Liebesverhältnisse und meistens zu Männern. Die Tätowierungen kommen durchgehends an denselben Stellen und von denselben Farben vor, und hier wie dort sucht man mitunter die Erinnerung an ältere Verhältnisse mit neuem Gepräge zu verdrängen. Für Paris eigentümlich war oder ist nur die Lokalisation, die mehrere dieser Frauenzimmer den Namen ihrer (weiblichen) Catamiten mitunter anweisen.[25]

Abgesehen vom Gebrauch eines kleinen Hammers, unterscheidet sich die Art, in welcher die Tätowierung hier (wie überhaupt in Europa) ausgeführt wird, nicht wesentlich von der bei wilden Völkern gebräuchlichen. Das Tätowierungsinstrument besteht aus wenigen, meistens 5—6 ziemlich feinen Nadeln, die jede für sich bis zu etwa 3—5 mm von der Spitze mit Zwirn überwickelt sind, dann in eine Linie nebeneinander gestellt, mit einer gemeinschaftlichen Umwickelung versehen, in der Art, dafs die Spitzen entweder in derselben Höhe stehen oder eine schräge

[25] Parent-Duchatelet zufolge (l. c. 1857. p. 159—169) war beiläufig 1/4 der Pariser Dirnen Tribaden, was wohl weder für Paris noch für Kopenhagen als Übertreibung bezeichnet werden kann. (Vgl. R. Berge, *Vestre Hosp. in* 1888. 1889. p. 13).

Linie bilden;[26] der Nadelkomplex wird dann an einem Stiel befestigt. Um eine genaue Ausführung der Tätowierung zu sichern, pflegt der Operateur eine Vorzeichnung mit Tusche zu machen oder eine Kalquierung an die Haut zu übertragen. Die Nadelspitzen werden dann in eine wässerige Aufschlemmung oder Auflösung verschiedener Farben, gewöhnlich chinesische Tusche oder Zinnober getaucht; in den Strafanstalten und Gefängnissen werden Dinte oder Farbstoffe, die von Utensilien abgeschabt werden, benutzt. Die dicht nebeneinander fallenden, sehr zahlreichen Stiche werden dann meistens schräge, mitunter auch senkrecht in die Haut gemacht, indem die Nadelreihe meistens den Konturen der auszuführenden Zeichnung entlang gehalten wird.[27]

Die Schmerzen, die durch die Ausführung der hier erwähnten Tätowierungen hervorgerufen werden, sind sehr gering. Der Operation folgt in den ersten Tagen eine meistens geringe lokale Röte und Geschwulst: die Zeichnung ist von einer geringen Menge von eingetrocknetem Blut und Farbstoff bedeckt und deshalb undeutlich; erst nach einigen Tagen zeigt sie sich deutlich, ist aber wegen noch restierender Geschwulst breiter, als sie sich später zeigt. Danach stehen diese Tätowierungen in der Regel fast unverändert, selbst ein langes Leben hindurch, nur mit den Jahren meistens etwas abgeblafst; die schwarzen werden meistens mehr bläulich, die roten mehr violett, zum grofsen Teile weil das in die Haut eingetragene Pigment, und zwar besonders das rote, nach und nach absorbiert wird,[28] um in den der Tätowierungsgegend entsprechenden Lymphdrüsen abgesetzt zu werden (H. Merkel, Follin, Virchow); die schwarzen Zeichnungen sind also die haltbarsten.

Die Frage nach der Dauer dieser Tätowierungen ist öfter und zwar besonders in gerichtlicher Beziehung abgehandelt worden. Rayer wies eigentlich erst nach,[29] dafs eine wohl gelungene Tätowierung, wo die Farbstoffe in die Cutis eingebracht waren, sozusagen unauslöschlich wäre. Im Verlaufe des in jener Zeit so sensationellen Schallschen Prozesses schien es klar zu werden, dafs Tätowierigen mitunter verschwinden könnten. Es wurde deshalb von Casper[30] im Berliner Invalidenhause eine Unter-

[26] Vgl. Jobst, l. c. p. 72. Fig. a—c.

[27] Die Bezahlung, welche für diese Tätowierungen erlegt wird, ist ganz gering. Für eine Séance, die Namen sowie eine oder ein paar von Figuren umfassen kann, wird gewöhnlich 25 Öre bis 1½ Krone (= 28 Pf. bis 1 M. 68 Pf.) bezahlt; das Salair mitunter auch als Naturalprästation verschiedener Art erlegt. Etwa so ist das Verhältnis auch in Frankreich, wo die entsprechende Bezahlung meistens 50 Centim. bis 2—3 Fr. beträgt, wo nicht andere Leistungen die Gebühr vertreten. Vgl. Berchon, l. c. p. 63. Note.

[28] Vgl. Filomusi e Rezzonico, sul trasporto alle glandole linfat. della materia color. dei tatuaggi. *Giornale internaz. d. sc. med.* 1888, 12. (*Arch. f. Dermat. u. Syph.* XXI. 1889. p. 760).

[29] Rayer, traité théor. et prat. des mal. vénér. II. 1827. p. 391—392.

[30] Casper, üb. Tätowierungen. *Viertelj. f. gerichtl. u. öffentl. Medicin.* I. 1852. p. (274—297) 288—290. — Chéreau, du tatouage. *Union médic.* VI. 1852. p. 545—546.

suchung von alten tätowierten Soldaten unternommen; bei 3 von 36 waren die Marken abgeblasst, bei 2 teilweise und bei 4 vollständig verschwunden, während sie aber bei mehreren selbst nach 40 Jahren noch sehr schön bewahrt waren. Später hat HUTIN[31] eine Übersicht der Resultate einer Untersuchung von 506 tätowierten Veteranen im Invalidenhotel von Paris geliefert; bei 47 dieser Individuen waren diese Marken im Laufe von 28—60 Jahren verschwunden. Ebenso und nicht lange nach HUTIN hat TARDIEU[32] die grofse Haltbarkeit der Tätowierungen nachgewiesen. Bei den zwei erwähnten Kopenhagener Dirnen sahen die Tätowierungen nach 15 und 13 Jahren aus, als ob sie kürzlich gemacht wären. Tätowierungen verschwinden also mitunter im Laufe der Jahre, besonders wenn sie zu oberflächlich gemacht worden sind.

Recht häufig und aus sehr verschiedenen Gründen wünschen tätowierte Individuen von Marken befreit zu werden, womit sie aus Nachahmungstrieb und gedankenleerem Leichtsinn oder durch eine augenblickliche Caprice gestempelt worden sind. Es ist immer so gewesen. Schon die griechischen und römischen Skribenten, sowie die arabischen Ärzte haben eine Reihe hierhin gehörender Mittel und Rezepte geliefert. Von wirklichem Nutzen sind hier nur einigermafsen die Vesicantia und die Escharotica, und selbst diese sind meistens unfähig, diese Marken zu entfernen. Auch die so gebräuchlichen Neu- oder Über-Tätowierungen erreichen meistens nicht den Zweck, indem sie so sehr oft doch ein Durchschimmern der ersten Zeichnung erlauben. VARIOT zufolge[33] soll man die Tätowierungen zum gänzlichen Schwinden bringen können, dadurch, dafs man erst die Stelle mit einer konzentrierten Tanninlösung übergiefst mit nachfolgender dichter adaequater Tätowierung und dann die ganze Gegend mit Höllenstein bestreicht, wonach in der Haut ein Niederschlag von gerbsaurem Silberoxyd stattfindet; nach etwa 2 Monaten später sollen die Tätowierungen verschwunden sein. Sonderbar genug hat sich bis auf unsere Tage auch unter den Dirnen der Aberglaube bewahrt, dafs Waschungen und Tätowierung mit Frauenmilch diese Marken wegnehmen könnten.

Keins der obengenannten 80 Individuen hat irgend eine wesentliche Unannehmlichkeit oder Beschwerde bei dem Eintragen von den im ganzen 252 Namen und Figuren, womit sie ausgestattet worden sind, erfahren. Es ist aber bekannt genug, dafs die Tätowierung von sehr ernsten,

---

[31] HUTIN, rech. sur les tatouages. *Bull. de l'ac. de méd.* XVIII. 1853. p. 348. — HUTIN, recherches sur les tatouages. Paris. 1853. p. 15—25.

[32] TARDIEU, ét. médico-légale sur le tatouage. *Ann. d'hyg. publ.* 2. S. III. 1855. p. 171—206.

[33] G. VARIOT, nouveau procédé de destruction des tatouages. *Comptes rendus de la soc. de biol. juillet.* 1888. (*Ann. de dermat. et de syph.* 2. S. X. 1889. p. 848).

gefahrvollen und selbst tötenden Komplikationen begleitet werden kann,[34] von Erysipelas, Phlegmonen, Gangränen, Lymphangiten, Blutungen u. s. w. Syphilis wird durch dieselbe Operation öfter übertragen,[35] sowie Lupus sowohl als lokale und generelle Tuberkulose durch einen phthisischen Operateur in dieser Weise verpflanzt.[36] Es ist daher eine weise Maſsregel, daſs die französische und später die italienische Marine-Administration die Tätowierung während der Dienstzeit verboten hat; auch in der österreichischen Armee scheint man[37] in der letzten Zeit gegen diese Unsitte auftreten zu wollen, so wie das neue Strafgesetz von Japan auch die Gefahren bei der Ausübung der Tätowierung berücksichtigt haben soll.[38]

Während Tätowierungen bei den öffentlichen Dirnen also ziemlich häufig vorkommen, werden sie bei anderen Frauenzimmern nur selten gesehen und fast nur bei solchen, die der klandestinen Prostitution angehören, aus welcher die öffentliche ja zum sehr groſsen Teil rekrutiert wird. Aber selbst bei jenen kommen diese Marken nur selten vor, in der Regel werden die Frauenzimmer erst tätowiert, wenn sie in die öffentliche Prostitution übertragen worden sind. Von den 1502 verschiedenen, fast immer jungen Individuen, die von 1886—1890 (inklusive) in der zweiten (für die geheime Prostitution reservierten) Abteilung des Kopenhagener Vestre-Hospitals behandelt worden sind, haben 31 Tätowierungen gezeigt, und von denselben waren 15 ganz junge, besonders depravirte Personen, die nur in Wirtshäusern niedrigster Art verkehrten. Diese letzteren waren alle von dem oben erwähnten Künstler (Fr.) tätowiert, die anderen meistens von Freundinnen und in den Gefängnissen, einzelne auch von einem Liebhaber. Die Tätowierungen stimmten in ihren Verhältnissen wesentlich mit den bei den öffentlichen Dirnen erwähnten überein. Am häufigsten fanden die Marken sich an den Vorderarmen, bei 13 am rechten, bei 12 am linken und bei 3 an beiden; bei 3 Individuen kamen sie am linken Oberarme vor, bei einem am Radialrande des linken Handrückens und bei zwei in der Gegend des Zwischenraumes zwischen erstem und zweitem Os metacarpi. Die Tätowierungen zeigten

---

[34] Vgl. Berchon, l. c. p. 105— (130) 149.

[35] Vgl. das Litteraturverzeichnis zu: Pospelow, üb. extragenitale Syphilisinfektion. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* XXI. 1889. p. 235—256.

[36] Jadassohn, üb. Inoculationslupus. *Virchows Arch.* CXXI. 1890. p. 223—225. — O. Liebreich, die Möglichkeit d. Tuberkuloseinfektion durch Tätowierung (Speichel u. Bier). *Therap. Monatsh.* V. Sonderheft. 1891. p. 89—90. — Der von Tournier referierte (etwas zweifelhafte) Fall von „tuberculose de la peau inoculée par tatouage" (*Mém. et Comptes rendus de la soc. des sc. médic. de Lyon.* XXIX. 1889. p. 81) handelt von einem Phthisiker, für dessen Tätowieren sein eigener Speichel als Menstruum für den Farbstoff angewendet wurde.

[37] Vgl. Töply, die vener. Krankh. in den Armeen. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* XXII, 6. 1890. p. 850.

[38] Vgl. Ymer. VI. 1886. 1887. p. XVIII.

sich auch hier meistens von Buchstaben oder Namen gebildet, besonders häufig kam aber der eigene Name dieser Frauenzimmer vor. Bei 12 fand sich nur eigener Name oder die Initialen desselben, bei 4 eigener Name und der eines Liebhabers, bei 2 neben eigenem noch der von einer Freundin und von einem Liebhaber, bei 3 neben dem eigenen noch der Name eines Freundes und von zwei Freundinnen; bei 11 Individuen kam in allem der Name eines und bei einem zweier Liebhaber vor; bei einem Individuum wurde nur der Name eines Bruders gesehen. Figuren kamen im ganzen seltener vor; bei zwei Personen ein paar sich drückende Hände, bei drei ein Herz, bei je einer eine Rose, ein Blätterzweig, oder zwei von einander divergierende Zweige; bei zwei fand sich ein Anker. Namen und Figuren waren bei den 16 Dirnen schwarz, bei 15 schwarz und rot. Bei keinem dieser Frauenzimmer kamen viele Tätowierungen vor, und keins war bis zur Übertätowierung gekommen. In allem trugen diese 31 Individuen nur 62 Tätowierungen.

Tätowierung ist bei Frauenzimmern fast immer ein Zeichen von psychischer Degradation, noch dazu kommen bei den tätowierten Frauenzimmern mitunter physische Degenerationsphänomene vor. Diese Tätowierungen gehören daher in das grofse Gebiet der socialen Pathologie.

Tafel-Erklärung.

Die Figuren sind eine Auswahl der vom Verfasser über die Tätowierungen aufgenommenen farbentreuen Calquen.

Fig. 1. Vom rechten Oberarm.
„ 2. Vom linken Oberarm (in Gesellschaft mit Fig. 8).
„ 3. Vom rechten Vorderarm (mit Fig. 1).
„ 4. Vom rechten Vorderarm (mit Fig. 7).
„ 5. Vom rechten Vorderarm.
„ 6. Vom linken Vorderarm (mit Fig. 9).
„ 7. Vom linken Vorderarm.
„ 8. Von der linken Hand.
„ 9. Vom Rücken der linken Hand.
„ 10. Von der Aufsenseite des rechten Oberarmes.
„ 11. Vom rechten Vorderarm (mit Fig. 12, 13).
„ 12. Von der Gegend des Manubrium sterni.
„ 13. Vom linken Vorderarm.
„ 14. Vom rechten Vorderarm (mit Fig. 15, 16).
„ 15. Vom linken Vorderarm.
„ 16. Vom rechten Daumen.
„ 17. Vom linken Vorderarm (mit Fig. 18).
„ 18. Vom rechten Vorderarm.

Über die Disposition zum Errröten als eine Ursache krankhafter Veränderungen.

Von

JONATHAN HUTCHINSON, F. R. S., L. L. D.

Zu denjenigen anatomischen Gebieten, welche wegen ihrer besonderen Strukturverhältnisse und der eigentümlichen Verteilung ihrer Blutgefäfse zu bestimmten Arten von Erkrankungen mehr als andere Teile geneigt sind, müssen wir auch die Mitte der Wange zählen. An dieser Stelle sind die Kapillaren sehr reichlich entwickelt; sie liegen dicht an der Oberfläche und sind auch auffallend häufigen, physiologischen Veränderungen unterworfen. An dieser Stelle stellt sich zuerst die Schamröte ein. Hier auch läfst die Einwirkung von Hitze und Kälte sich durch die blühend rote Blutansammlung resp. eine gröfsere oder geringere Cyanose am ehesten erkennen. Hier ferner tritt die durch die Nahrungsaufnahme bedingte Rötung bei den etwa dazu disponierten Individuen gewöhnlich zuerst hervor. Es dürfte also ganz zweckdienlich sein, wenn wir der Kürze halber diese Region mit dem Namen der „Errötungszone" (Flush-patch) bezeichnen, denn wir haben häufig Gelegenheit dieselbe bei der Besprechung der im Gesicht auftretenden Erkrankungen zu erwähnen. Es gilt allgemein als ein Zeichen der Gesundheit, wenn diese Errötungszone unmerklich in die Umgebung übergeht. Wo das Gebiet scharf abgegrenzt erscheint, deutet es gewöhnlich auf eine mehr oder weniger ausgesprochene Zartheit der Körperkonstitution hin.

Ein erläuterndes Beispiel.

Die obigen Bemerkungen habe ich als Einleitung zur Erklärung des folgenden Falles für angebracht erachtet.

Ein 32jähriger Herr konsultierte mich wegen gewisser, eigentümlicher Flecke, welche ich in den von mir zur Zeit aufgezeichneten Notizen als eine dunkle Akne mit Rötung und Schwellung auf der Mitte der Wange beschrieben habe. Er hatte schon lange wegen dieser Affektion sich von Spezialisten behandeln lassen, denn dieselbe war sehr auffällig und belästigte ihn sehr. Er hatte niemals an Syphilis gelitten, aber er war von schwächlicher Körperkonstitution und bot einen entschieden phthisischen Habitus dar. Er entstammte einer Ehe zwischen Vetter und Base, und obgleich seine Eltern beide sich einer vorzüglichen Gesundheit erfreuten, so litten aufser ihm noch zwei Geschwister an eigentümlichen Hautausschlägen im Gesicht, indem alle drei eine hochgradige Empfindlichkeit der Haut und eine grofse Neigung zum Rotwerden hatten. Den einen Fall, eine seiner Schwestern betreffend, werde ich weiter unten beschreiben. Eine zweite Schwester war infolge aufserordentlich schwerer Anfälle von Blutbrechen bettlägerig und litt nach Aussage Sir ANDREW CLARKS an Ulcus ventriculi. (Ich habe mehrmals ein solches Vorkommnis bei Verwandten von

Kranken mit Lupus erythematodes beobachtet.) Herrn F's. Wangenleiden hatte sich vor ungefähr fünf Jahren auf der linken Seite zuerst eingestellt. Vor dem Auftreten desselben hatte er über Rötung des Gesichts während der Nahrungsaufnahme und auch nach den Mahlzeiten zu klagen gehabt. Die Errötungszone der linken Wange geriet einige Zeit nachher in einen Zustand chronischer Schwellung, und drei Jahre später nahm die andere Wange eine ähnliche Beschaffenheit an. Das Aussehen war von Lupus erythematodes nur wenig verschieden. Es wurde aber konstatiert, dafs die Nase nicht auffallend beteiligt war, und dafs die Flecke auf der Wange sich nicht weiter ausbreiteten. Aus meinen Aufzeichnungen über den Befund bei der ersten Untersuchung geht hervor, dafs die Nase nicht affiziert war, aber als ich ihn bei einer späteren Gelegenheit untersuchte, bemerkte ich, dafs sie entschieden rauh war und in geringem Grade die Beschaffenheit der Apfelsinenschale hatte. Vielleicht liefs sich der Umstand, dafs sie nicht deutlicher das Aussehen von Lupus erythematodes darbot, dadurch erklären, dafs seine Züge im ganzen und namentlich seine Nase sehr schmal waren.

Herr F. teilte mir mit, dafs seine Wangen bei heifsem Wetter, und wenn er sie dem Winde aussetzte, stets am meisten litten. Kaltes, windstilles Wetter sagte ihm am besten zu. Ferner sagte er, dafs er gewohnheitsmäfsig nach jeder Mahlzeit rot im Gesicht werde, und dafs, so viel er wisse, es nicht darauf ankomme, was er zu sich nehme. Durch Essen werde die Rötung eben so leicht hervorgerufen wie durch das Trinken von Alkoholicis. Der Zustand stellte eine Mischung von Lupus erythematodes und Akne rosacea dar. In der Mitte der erhabenen Errötungszone fanden sich einige undeutlich ausgeprägte, dunkle Akneflecke. Aufser den im Gesicht beschriebenen Veränderungen fand sich ein dunkler Erythemfleck auf der einen Schulter. Herr F. war seit Jahren von einem mir bekannten Spezialisten wegen seiner Wangen behandelt worden, und als er zu mir kam, litt er gerade an einem Anfall von Herpes frontalis, der aller Wahrscheinlichkeit nach durch das verschriebene Arsenik hervorgerufen worden war.

Ich habe seit der Abfassung dieser Bemerkungen den Patienten wiederholt noch gesehen. Bei tonisierender Behandlung hat sich der Zustand der Wangen erheblich gebessert, und eine Entwickelung nach Lupus hin ist nicht im geringsten zu bemerken gewesen. Er hat mehrmals an leichteren Anfällen von Pleuritis gelitten, und es ist mir durchaus nicht zweifelhaft, dafs er Neigung zu Phthise besitzt. Ferner hat er ungewöhnlich stark an nächtlichem Samenergufs gelitten, wonach er oft ein Gefühl hat, als ob er ohnmächtig werden sollte. Ich zweifle gar nicht, dafs sein Sexualsystem sehr entschieden das Equilibrium des Blutkreislaufs stört.

Krankheitsbeschreibung von der Schwester des vorigen Patienten und Schilderung ähnlicher Zustände.

Frl. F., Schwester des vorigen Patienten, wurde mir am 19. Januar 1888 gebracht. Die Errötungszonen auf den Wangen boten einigermafsen denselben Zustand dar wie beim Bruder; nur war die Affektion bei weitem nicht so auffallend. Sie meinte aber, dafs ihre Haut viel empfindlicher sei als die seinige und sagte, dafs ihre Wangen, Gesicht und Hals grofse Neigung hätten anzuschwellen und rot zu werden, wenn sie der Kälte ausgesetzt würden. Bei warmem Wetter sei sie verhältnismäfsig gesund, desgleichen wenn sie sich im warmen Zimmer aufhalte. Wenn sie aber bei kaltem Wetter in ihr Schlafzimmer gehe, so fange sie fast immer zu schaudern an, und ihre Haut und das Gesicht fingen meistenteils zu brennen und zu glühen an. Infolge dieses Reizes bleibe sie oft einen grofsen Teil der Nacht wach. Die Affektion unterschied sich von Urticaria durch das Vorhandensein einer diffusen Rötung und Schwellung und das Fehlen von diskreten Flecken. Die Disposition war im Laufe

der letzten sechs bis acht Jahre immer stärker hervorgetreten, und Frl. F. schrieb den Anfang derselben einem Shock irgend welcher Art zu; indessen ergab hier die Anamnese keinen ganz bestimmten Anhaltspunkt. Ihre Haut war gegen die Reizung durch wollene Kleidung sehr empfindlich. Ihre Extremitäten waren kalt, und sie war wie ihr Bruder schmächtig und von gracilem Aussehen. Sie war 26 Jahre alt.

Das Vorkommen solch ähnlicher Zustände bei Bruder und Schwester deutet unverkennbar auf eine angeerbte Disposition in Bezug auf die Strukturverhältnisse hin. Zweifelsohne stimmten sie überein in Bezug auf die physiologische Veranlagung ihrer Blutgefäfse, und sie waren beide der Einwirkung des Sexualsystems als eines veranlassenden Momentes unterworfen. Daher stammt denn auch die genaue Übereinstimmung im Verhalten der die Errötungszone bedingenden Blutgefäfsschlingen — Vorgänge, welche fast denjenigen von erektilem Gewebe gleichkamen.

Fall von Kongestion an der Errötungszone resp. Akne rosacea. Nachweis einer bestimmten Ursache.

Ein bemerkenswertes Beispiel einer Affektion, welche wir als „Erythem der Errötungszone“ oder „Akne rosacea ohne Akne“ bezeichnen könnten, wurde von mir im Januar 1889 bei einer verheirateten, 33jähr. Dame beobachtet.

Die Patientin zeigte grofse, tief-schmutzig-rote Flecke in Schmetterlingsform (bat's wing) auf beiden Wangen, welche fast ganz davon bedeckt waren; dieselben waren durch einen an den Seiten der Nase hinaufsteigenden Streifen miteinander verbunden, aber die Nasenspitze selbst war frei von jeder Rötung. Auf diesen Stellen fand sich, wie ich hervorheben will, nicht eine einzige Aknepustel, aber das Kinn und die Oberlippe boten einige kleine Pusteln dar. Die durch diese Affektion bedingte Entstellung war eine sehr hochgradige, so dafs die Kranke sich damit in Gesellschaft kaum sehen lassen konnte; es wurde mir aber versichert, dafs alles, was ich hier sah, nichts sei im Vergleich mit dem, was nach dem Mittagessen daraus werde. An den Ohren fand sich keinerlei Rötung. Die „Schmetterlingsform“ war so vollständig ausgebildet, dafs ich beim ersten Anblick geneigt war, die Affektion für Lupus erythematodes zu halten; jedoch zeigte es sich bei genauerem Zusehen, dafs nicht die geringste Neigung zur Bildung von Scheibchen oder von Narben bestand, und es waren auch die Erkrankungsgebiete nicht absonderlich scharf abgegrenzt. Letztere waren überall mit roten Tüpfelchen überdeckt und zeigten auch viele seegrasartige Büschel von dilatierten Gefäfsen.

Dieser Fall kann als der Typus der aus chronischer Kongestion in der Errötungszone bestehenden Akne rosacea gelten. Diese Form unterscheidet sich von den gewöhnlicheren Fällen durch die Intensität der blauroten Verfärbung und das fast vollständige Fehlen der Aknepustuln. Ein solches Verhalten ist von um so gröfserem Interesse, da wir mit einiger Zuversichtlichkeit eine bestimmte Ursache dafür anzugeben wissen. Die Patientin teilte mir nämlich mit, dafs sie bis vor einem Jahre einfach rotbackig gewesen sei und das sogar nicht einmal in sehr hohem Grade. Um diese Zeit habe man ihr wegen eines leichten Unwohlseins zur Stärkung ihrer Gesundheit geraten Portwein zu trinken, und während drei bis vier Monate habe sie regelmäfsig des Vormittags und um 4 Uhr nachmittags je ein Glas davon zu sich genommen. Aufser dieser Dosis Wein habe sie bei ihren Mahlzeiten Bier (Ale)

getrunken. Anfangs habe sie nicht gefunden, dafs sie auf die Alcoholica rot würde; aber gegen das Ende des Experimentes ward es Allen deutlich, dafs ihre Wangen anfingen sehr rot zu werden, und sie selbst nahm eine vermehrte Rötung nach den Mahlzeiten wahr. Sie setzte nunmehr den Portwein aus; indessen fuhr die Affektion fort sich weiter auszudehnen, und auch die Neigung zum Erröten nach dem Mittagessen nahm noch zu. Ihre Verdauung war normal, und sie war sich nicht bewufst, dafs sie irgend welche Speisen etwa nicht vertragen könne. Das Erröten nach den Mahlzeiten war nicht von bemerkenswertem Brennen begleitet, auch verursachte dasselbe kein bedeutenderes Unbehagen und fiel den Angehörigen mehr auf als der Patientin selbst. Frau G. war eine muntere Dame, führte ein bewegliches Leben und hatte eine ziemlich dünne Haut. Die Blässe an der Nasenspitze und das Fehlen jeglicher Neigung zum Dickerwerden der Nase waren sehr auffallend.

Zweifelsohne entscheiden die vorher bestehende Disposition und das Temperament der Patientin über die jeweilige besondere Form, welche die Akne einnimmt. Wenn diese Patientin eine dicke Haut mit zahlreichen Drüsen gehabt hätte, so wäre wahrscheinlich Akne tuberosa entstanden. Irgend eine auffällige Neigung zur Entstehung von Akne bestand in ihrer Familie, so viel sie wufste, nicht.

Ein Beispiel der Beziehungen zwischen gewissen Formen von Akne rosacea und Lupus erythematodes.

Der folgende Fall hat bedeutenden Wert, insofern als derselbe ein Licht wirft auf einige der Gesetze, nach denen sich die Vergesellschaftung pathologischer Vorgänge richtet, und auf die pathogenetische Macht mancher Gewohnheiten. Die Affektion konnte für Frostbeulen, Akne rosacea, Ekzem oder Lupus erythematodes gelten; meiner Auffassung nach war sie in Wirklichkeit eine gleichzeitige Vermischung aller dieser Zustände miteinander. Aufserdem stand damit, wie bei vielen Fällen von Lupus erythematodes dies beobachtet wird, die RAYNAUDsche Krankheit in enger Beziehung.

Der Patient, ein Herr H., 37 Jahre alt, war als Bureauarbeiter beschäftigt. Er war blond von Teint und hatte eine dünne, durchsichtige Haut. In seiner Kindheit hatte er viel an Frostbeulen gelitten und neigte auch jetzt noch dazu. Seine Hände waren immer von mehr oder weniger dunkler, rötlicher Farbe, und wenn er seine Hände in kaltes Wasser tauchte, so pflegten seine Finger ganz weifs und „tot" zu werden. Die Ohren waren auch vom Frost ergriffen gewesen, und es hatten sich hier oberflächliche Ulcerationen gebildet. Dieser Art waren also die ihm angeborenen Inklinationen, und es sei noch erwähnt, dafs er dieselben von seiner Mutter geerbt hatte. Etwa fünf oder sechs Jahre, ehe ich ihn sah, hatte er eine lebhafte Neigung zum Erröten entwickelt. Dasselbe trat nach den Mahlzeiten stets ein, ohne dafs die Art der Speisen von grofser Bedeutung dabei zu sein schien, und wenn er in einem zu heifsen oder in einem kalten Zimmer safs, so fing er regelmäfsig an rot zu werden, in dem ersteren Falle mit dunkler, im letzteren mit heller Färbung. Diese Disposition steigerte sich mit der Zeit, und es waren schliefslich sowohl die Nase als auch die Wangen und die Stirn mit erythemartigen, etwas ekzematösen Stellen bedeckt. Wegen dieses Zustandes konsultierte er mich am 3. Mai 1888. Ich diagnostizierte Akne rosacea und fügte die Notiz hinzu: „mit einer Neigung zur Entwickelung von Ekzem-Psoriasis auf der Kopfhaut." Ich bemerkte ferner, dafs eine abnorme Röte der Lippen und der Zunge vorhanden war. Er sagte, dafs sein Gesicht sich im

Winter verschlimmere und überhaupt niemals eigentlich wohl sei. Als er fast ein Jahr später zum zweiten Male zu mir kam, waren die Läsionen derartig, dafs ich im Begriffe war, Lupus erythematodes zu diagnostizieren. Es fanden sich nämlich nunmehr sehr scharf ausgesprochene Erythemflecke in Schmetterlingsflügelform auf der Wange mit einem central gelegenen Körper auf der Nase. Das Erythem war ein beständiges und mäfsig scharf umschriebenes, und an einigen Stellen machte sich eine freilich sehr geringe Neigung zu Narbenbildungen bemerklich. Die Ohren befanden sich ebenfalls in einem Zustande beständigen Erythems und zeigten am Rande des Helix einige oberflächlich exulcerierte Stellen. Die Ohrmuschel selbst dagegen war vollständig intakt geblieben.

Fälle von Lupus erythematodes lassen sich in zwei Gruppen einteilen, erstens diejenigen, bei denen die Veränderungen hauptsächlich die Gefäfse betreffen (der eigentliche L. erythematodes) und zweitens diejenigen, bei denen die Talgdrüsen besonders affiziert sind (L. erythematodes sebaceus). Die grofse Mehrzahl der Fälle zeigt eine Vermischung beider Typen, aber bei einigen wenigen Fällen finden wir fast ganz reine Formen. Es gibt nur wenige Fälle von Lupus erythematodes, bei denen die Orangenschalen-Flecke an der Ohrmuschel nicht vorhanden sind. Diese Flecke aber beweisen immer eine Mitbeteiligung der Talgdrüsen. Lupus sebaceus geht auf der einen Seite in Fälle über, welche von Seborrhoe und L. erythematodes nicht zu unterscheiden sind, und auf der anderen Seite in solche, welche von Akne rosacea oder den höchsten Graden von Hyperämie kaum verschieden sind. Der vorliegende Fall bietet ein gutes Beispiel der letzteren Gruppe dar. Ein Beweis dafür, dafs derartige Fälle wirklich der Familie Lupus angehören, läfst sich in jedem einzelnen Fall nur durch sorgfältige Beobachtung der Folgeerscheinungen erbringen. Wir haben ohne Zweifel alle von Zeit zu Zeit Gelegenheit Flecke zu sehen, welche im Anfang nur als Seborrhoe bezeichnet werden konnten, welche aber dann schliefslich die Eigenschaften der Talgdrüsenform des Lupus erythematodes annehmen, und ferner sehen wir, allerdings seltener vielleicht, wie Akne rosacea oder auch blofse Rötungsflecke die Beschaffenheit der rein erythematösen Form des Lupus annehmen. Auch sind gewifs allen Beobachtern Fälle vorgekommen, bei denen die Merkmale dieser verschiedenen Affektionen so unentwirrbar mit einander vermischt waren, dafs es unmöglich war, eine genaue Diagnose zu stellen — wenigstens eine solche, welche von anderen, ebenso erfahrenen Fachmännern nicht sehr füglich hätte angegriffen werden können. Wir können die unter denselben bestehenden Wechselbeziehungen ganz leicht verstehen, wenn wir die verschiedenen Ursachen, welche bei der Entstehung einer jeden wirksam sind, in Betracht ziehen. Unter diesen ursächlichen Momenten müssen wir der primären Veranlagung der Haut des die Krankheit entwickelnden Individuums einen grofsen Anteil zuweisen. Personen mit einer dünnen und blonden Haut, mit geringerer Entwickelung des

Talgdrüsensystems neigen mehr zu der erythematösen Form des Lupus erythematodes als diejenigen Menschen, deren Haut dicker, und deren Talgdrüsensystem reichlicher entwickelt ist.

Ich nehme an, dafs mir allgemein zugegeben werden wird, dafs die endgültige Bestätigung der Diagnose des aus der Steigerung der Rötungsflecke (Errötungszone) und aus gewissen Formen der Akne rosacea entstehenden Lupus erythematodes auf drei Punkten beruht. Lupus erythematodes hat einen infektiösen Rand und breitet sich an der Peripherie weiter aus; derselbe ist von Nebenscheibchen begleitet und hinterläfst Narben. Wenn alle diese drei Merkmale vorhanden sind, so kann ein Zweifel über die richtige Bezeichnung des Leidens nicht obwalten. Es gibt jedoch Fälle, bei denen zeitweilig verschiedene oder alle von diesen drei Haupteigenschaften fehlen oder nur sehr undeutlich entwickelt sein können. Namentlich bei den rein erythematösen Formen ist es oft schwierig zu beweisen, dafs Narben thatsächlich sich gebildet haben. Somit ist die Differentialdiagnose zuweilen nicht ganz so leicht, als man vielleicht annehmen mag. Meine These lautet, dafs es gewisse Fälle gibt, in denen dies nicht nur schwierig, sondern geradezu unmöglich ist, wenn man den Thatsachen nicht Gewalt anthun will.

Eine eigentümliche, die Errötungszone betreffende Form von Frostbeule.

Es gibt eine eigentümliche Form von Lupus, mehr dem L. vulgaris als dem erythematodes sich nähernd, welcher von der Errötungszone ausgeht. Gewöhnlich ist derselbe nicht von irgend welchem deutlichen Lupus-Granulationsgewebe (Apfelgelée) begleitet, sondern nähert sich vielleicht mehr einer persistierenden Frostbeule der Wange. Die dadurch erzeugten Erscheinungen sind denen einer Beule auf einem Apfel ähnlich, und die Affektion erzeugt eine Narbe, welche Stigmata trägt. Ich habe in meinen *Archives of Surgery* (Vol. 1, Tafel X) eine Abbildung einer solchen Kranken publiziert. Anders als Lupus erythematodes, ist die Affektion gewöhnlich auf eine Seite allein beschränkt.

(Übersetzt von Dr. Philippi in Nieheim.)

Aus dem Hôpital Saint-Louis.

Behandlung der Hauttuberkulose, besonders des Lupus, mit KOCHschen Einspritzungen.

Von

LOUIS WICKHAM
in Paris.

Im Folgenden sollen die Beobachtungen und Erfahrungen mitgeteilt werden, die wir seit November 1890 im Hôpital Saint-Louis mit den Einspritzungen mit KOCHscher Lymphe gemacht haben. Denn die Zeit des Versuchs ist nun vorüber und der Augenblick scheint gekommen, die gewonnenen Ergebnisse einmal im grofsen und ganzen zu überblicken. Ich schicke die Erklärung vorauf, dafs mit der gröfsten Sachlichkeit geprüft wurde, und dafs dadurch die Schlufsfolgerungen, wie sie in der Sitzung der Société française de Dermatologie vom 12. Februar formuliert wurden, einen ganz besondern Wert besitzen.

Die zur Beobachtung bestimmten Fälle lagen nicht in verschiedenen Abteilungen zerstreut, sondern waren in 2 Sälen (Salle ALIBERT und Salle DEVERGIE) vereinigt und wurden von allen 6 behandelnden Ärzten gemeinsam untersucht und beobachtet und die über diesen Gegenstand aus Saint-Louis veröffentlichten Arbeiten sind aus der bewährten Autorschaft von E. VIDAL, E. BESNIER, A. FOURNIER, HALLOPEAU, QUINQUAUD und TENNESON hervorgegangen.

Es wurden nur solche Kranke der neuen Behandlung unterworfen, über deren Diagnose sämtliche 6 Ärzte einig waren. Nach eingeleiteter Behandlung wurden täglich, nach dem Diktat eines der 6 Herren, die vorgefundenen Veränderungen auf den, an den Krankenbetten befestigten, Tafeln verzeichnet. Verschiedene Assistenten von innern und äufsern Kliniken waren mit den nächtlichen Überwachungen und den zweistündlichen Temperaturmessungen während der Fieberperioden betraut. Es wurden ausnahmslos nur schwache Dosen angewandt, und zwar wurde mit einem halben Milligramm begonnen. Die zweite Einspritzung erfolgte immer erst, wenn der Kranke wieder ganz zur Ruhe gekommen war. Die folgende Einspritzung richtete sich in ihrer Stärke immer nach dem Grad der Einwirkung, den die vorhergehende auf das Allgemeinbefinden des Kranken ausgeübt hatte. Die Zwischenräume zwischen den einzelnen Einspritzungen schwankten zwischen 4—10 Tagen, die Gröfse der jedesmaligen Injektionsmenge von $^1/_2$—8 mgr und die Duldsamkeit gegen das Mittel wurde im allgemeinen nach der 5.—8. Einspritzung erlangt, d. h.

also: sie ist infolge des ungemein vorsichtigen Vorgehens erst verhältnismäfsig spät eingetreten. Auf keinen Fall verdienen die Herren den Vorwurf, das Mittel durch Verabreichung gröfserer Gaben nicht besser ausgenützt zu haben, da sich die Dosierung in jedem Fall nach der Wirkung der frühern Einspritzung richtete.

Es ist wohl nur dieser weisen Vorsicht zu verdanken, dafs wir bei den 50, mit Kochscher Lymphe behandelten Patienten keinen einzigen Todesfall zu verzeichnen haben, obschon mehrere derselben dicht davor waren. So kollabierte ein Patient völlig nach der ersten Einspritzung (von 0,002 gr), bekam Lungenkongestion, Haematurie und Albuminurie, die 8 Tage andauerten, und hatte im ganzen so schrecklich zu leiden, dafs er von weitern Versuchen abzustehen bat, was selbstverständlich auch geschah. Bei einem andern Patienten stellte sich nach der zweiten Einspritzung (2 mal 0,002 mit 10 Tagen Zwischenraum) ebenfalls Kollaps ein; er bekam Subdelirien, einen heftigen Schüttelfrost, der 4 Stunden dauerte; hochgradige Dyspnoe, Lungenkongestion, Milzschwellung, Haematurie und Albuminurie, die erst nach 8 Tagen schwanden. Auch hier wurde die Behandlung nicht weiter fortgesetzt. — Was wäre nun aber aus diesen beiden Fällen geworden, wenn man mit Dosen von 8 und 10 mgr begonnen hätte — —?

Wie waren nun bei diesem Modus procedendi die Allgemeinerscheinungen; wie die örtlichen Reaktionen?

Hier mufs vor allem bemerkt werden, dafs die Lymphe sich als sehr ungleichmäfsig in ihren Wirkungen erwies. In einigen Fällen zeigten sich neben einer ganz heftigen Allgemein-Reaktion nur geringfügige örtliche Erscheinungen. Mehrmals dauerte die Allgemein-Reaktion, entgegen dem gewöhnlichen Verhalten, bis zu 4 Tagen. Mit der nämlichen, ja sogar mit einer geringeren Menge wurde das zweite Mal bei demselben Kranken eine lebhaftere Reaktion hervorgerufen als das erste Mal. Diese Ungleichmäfsigkeit in der Wirkung der Lymphe und die Unmöglichkeit, die Dauer der Allgemein-Reaktion nach Belieben abzukürzen, macht das Mittel entschieden zu einem gefährlichen.

Die Wirkungen, die mit der Lymphe auf das Allgemeinbefinden und die nicht lupösen Gewebe erzielt wurden, waren schreckliche (désastreux), wie das schon aus den eben mitgeteilten zwei Fällen hervorgeht. Dafs eine Einspritzung von 0,002 „Tuberkulin" den Kranken schon an den Rand des Grabes bringen kann, klingt fast unglaublich, wenn man dabei an die hohen Gaben denkt, die in England und Deutschland angewandt werden, und man ist geneigt, irgendwie sonst unglückliche Zufälle oder vereinzelte Ausnahmen anzunehmen. Leider belehrt uns die Statistik von Saint-Louis eines andern, denn unter 38 Geimpften kam es 8 mal zur Lungenkongestion, 2 mal zur Haematurie, 4 mal zur Albuminurie,

einmal zur Milzschwellung, mehrmals zu hochgradigem Kollaps, zu Delirien, zu Gastralgie mit Angina pectoris, endlich 6 mal zu Erscheinungen abseiten des Herzens und des Perikards. Auf das mehrfach beobachtete Symptom eines vorübergehenden „Rash“ soll dabei kein grofses Gewicht gelegt werden.

Allerdings sind diese verschiedenen Zufälle dank den getroffenen Vorsichtsmafsregeln immer gut vorübergegangen. Dafs aber auch eine bleibende und zu Tode führende Störung durch die Kochsche Lymphe verursacht werden konnte, das sollte doch nachdenklich machen. Ein solcher Fall hat sich mit einem Patienten von Hallopeau zugetragen. Es sei hier kurz darüber berichtet:

Jules Gr., 21 Jahr, seit 10 Jahren Lupus ulcerosus im Gesicht und besonders auf den unförmlich geschwollenen Lippen. Diesen Patienten habe ich als Assistent der Hallopeauschen Klinik häufig auskultiert, bevor er zwecks einer Kauterisation chloroformiert wurde; niemals konnte ich aber das geringste verdächtige Geräusch an seinem Herzen entdecken. Aufserdem war er wie alle andern Patienten vorher von Hallopeau untersucht worden und ganz bestimmt hatte er zur Zeit, als er unter die Zahl der zu Impfenden aufgenommen wurde, keinerlei Herzfehler. Am 28. November erhielt er nun eine Einspritzung von $^1/_2$ mgr. Darauf heftige Reaktion, Kopfschmerzen, Dyspnoe. Er erhielt dann noch bis zum 26. Januar 1891 im ganzen 8 Einspritzungen, von denen die letzten nicht stärker als $2^1/_2$ mgr waren. Jedesmal reagierte er lebhaft. So stieg die Temperatur nach 2 mgr auf 41,3°; er klagte über Kolik und Brustbeklemmung (Lungenkongestion); einmal erschien auch auf dem Körper ein disseminierter Pustelausschlag. Sehr bald aber herrschten in dem ganzen Krankheitsbild Herzstörungen vor, und zwar hörte man allmählich immer deutlicher ein Mitral- und Aorten-Geräusch. Dieses Geräusch besteht auch jetzt noch unverkennbar fort, obschon die Behandlung längst abgebrochen ist. Patient ist demnach — daran kann gar kein Zweifel mehr bestehen — als ein direktes Opfer der Kochschen Lymphe zu betrachten. „Unter dem Einflufs dieser neuen Behandlung, sagte Hallopeau, ist es bei Jules Gr. zu einer chronischen Endokarditis gekommen, die mit einer Mitral- und Aorten-Insufficienz geendet hat“.

Beweisen derartige Fälle nicht, wie recht Hallopeau mit seiner Behauptung hat, dafs die Kochsche Lymphe ein mächtig wirkendes, pyrogenes und phlogogenes Mittel sei? Man begreift, dafs derartige Erfahrungen, deren ich noch weitere mitteilen könnte, nicht grade ermutigend wirken.

Wiegen nun die mit dem Kochschen Mittel gewonnenen Ergebnisse alle die Nachteile der Behandlung auf? Haben die Patienten einen ihren Schmerzen entsprechenden Nutzen von der Lymphe? Sind wir berechtigt sie in so grofse Lebensgefahr zu bringen? Um diese Fragen zu beantworten, müssen wir uns jetzt mit der Einwirkung des Mittels auf die lupös erkrankten Teile beschäftigen.

Aber ich kann mich eines Gefühls von Wehmut nicht erwehren, wenn ich jetzt, nach einer Behandlung und Beobachtung von mehr als

zwei Monaten die bei 38 Patienten Besniers erzielten Erfolge und Mifserfolge wiedergebe.

Von 38 Fällen wurden
- 3 Fälle wesentlich gebessert
- 4 „ merklich „
- 18 „ nur sehr wenig gebessert
- 12 „ unverändert gelassen; es blieb der Status quo ante.

Ein Fall nahm seinen typischen Verlauf, als ob gar keine Behandlung stattgehabt hätte.

Darnach ist also nur bei 19 % ein günstiger Erfolg zu verzeichnen, gegen 81 % mit gar keinem oder nur ungenügendem Erfolg. Ein Fall von Heilung kam überhaupt nicht vor und die günstig beeinflufsten Fälle verschlimmerten sich bald wieder, nachdem die Patienten duldsam gegen die Lymphe geworden waren und letztere dadurch völlig überflüssig wurde. Unter den drei wesentlich gebesserten Kranken befand sich auch Jules Gr., dessen Krankengeschichte ich vorhin mitgeteilt habe.

Der örtliche Erfolg des Mittels wirkt daher vielleicht noch enttäuschender, denn die erzielten Heilwirkungen waren höchstens die nämlichen, vielleicht noch geringwertigere als die Erfolge, die mit den alten Mitteln (Skarifikationen und Kauterisationen) beim Lupus bislang im Hôpital Saint-Louis erreicht worden sind.

Ein Mittel also, das in seiner Wirkung so durchaus unberechenbar ist, den Organismus in der gefährlichsten Weise beeinflufst, das selbst bei schwächsten Gaben einen mächtigen entzündlichen Reiz auf die Gewebe ausübt, ohne dabei in seinen Leistungen über die altgewohnten Methoden hervorzuragen — ein solches Mittel kann man unmöglich als eine Wohlthat preisen oder eine therapeutische Bedeutung ihm beilegen! — Die sechs Ärzte haben denn auch beschlossen, von dem Gebrauch der Kochschen Lymphe, so lange sie keine Verbesserungen erfährt, abzusehen und zu der alten Behandlungsweise zurückzukehren. — Das meinte ich, als ich eingangs dieser Abhandlung sagte, die Versuche mit Kochscher Lymphe seien für Saint-Louis abgeschlossen. Zu diesem niederschlagenden Ende führten diese Versuche, die mit so unbeschreiblicher Begeisterung aufgenommen wurden, als Lehrer und Schüler voll freudiger Hoffnung waren, endlich ein sicher wirkendes Mittel gegen den Lupus zu besitzen!

Auch der diagnostische Wert der Lymphe ist fraglich, nachdem in mehreren Fällen (Vidal, Guyon) von zweifellosem Lupus jede örtliche Reaktion ausblieb, während eine heftige Allgemein-Reaktion erfolgte, und nachdem auch bei nicht lupösen Krankheitsformen beide Arten der Reaktion sich einstellten.

Diese Thatsachen und Schlufsfolgerungen stimmen mit dem überein, was Besnier in seinem bekannten Bericht gesagt hat. Für ihn steht die Einwirkung des Tuberkulin auf das Nervencentrum aufser Frage, denn

von letzterem wird das ganze Krankheitsbild hervorgerufen. — Beim freiliegenden Lupus war die Reaktion in manchen Fällen wohl recht lebhaft, niemals aber sah Besnier, wie es von andern Beobachtern angegeben wird, Nekrose oder nennenswerten Substanzverlust auftreten. Dagegen hat er mehrfach erysipelasartige Schwellung im Lupusgewebe nach den Einspritzungen wahrgenommen, worauf die Lupusknötchen dann vorübergehend abblafsten; von einer dauernden Veränderung derselben, wie sie nach spontanem Erysipel vorkommt, war jedoch nie die Rede.

Doch ich will bei diesem Besnierschen Bericht nicht länger verweilen. Es sei mir nur gestattet, die Tabelle von Besnier hier anzufügen, aus der die Leser alle auf die Impfungen der 38 Patienten Bezug habenden Einzelheiten ersehen mögen. Diese Tabelle ist lehrreicher als viele Worte.[1]

(Übersetzt von Dr. Türkheim in Hamburg.)

[1] Die Tabelle gelangt im nächsten Hefte zum Abdruck.

Besprechungen.

Vorlesungen über experimentelle Pharmakologie und klinische Therapie, von Mariano Semmola. Deutsche autorisierte Ausgabe von Alf. del Torre. Wien 1890, Alfred Hölder. 308 S.

Die mit einer Vorrede von Nothnagel versehene deutsche Ausgabe des Werkes dieses geistvollen und hochverdienten italienischen Forschers führt den Leser in die Fragen der allgemeinen Pharmakologie und Therapie ein. Der Gegenstand ist überall mit biologischen Auffassungen in Zusammenhang gebracht, die Gesichtspunkte der Physiologie, die Gesetze der Chemie und Physik sind als alleinige Grundlage einer wissenschaftlichen Arzneimittellehre aufgestellt; dabei deckt Verf. die zahllosen Lücken auf, welche die wissenschaftliche Arzneimittellehre heute noch darbietet. Die Durcharbeitung von Fragen der Arzneimittellehre im Laboratorium ist ja gewifs notwendig, doch beklagt Verf. immer, dafs sie noch vielfach von der Praxis, d. h. der Klinik losgelöst ist, ein Fehler, dem die italienische Regierung durch Einrichtung von therapeutischen Kliniken abzuhelfen sich bestrebt.

S. behandelt seinen Stoff in Form von Vorlesungen. Zunächst gibt er die Definition der Pharmakologie, die sich mit der Erforschung der zur Heilung von Krankheiten erforderlichen Agentien beschäftigt; der einzige Weg, hierbei zum Erfolge zu gelangen, ist die experimentale Methode, aber enttäuscht ist, wer das physiologische Experiment des Laboratoriums direkt in die Praxis übertragen wollte; da mufs das gründliche Studium der biologischen Wirkungen der Heilmittel helfen; bei jeder Krankheit mufs man streben, ihr Heilmittel zu suchen; das Experiment allein kann nicht zum Ziele führen, weil die Therapeutik, im Gegensatz zur Chemie und Physik, keine wahre Wissenschaft ist, denn im Organismus mufs man mit zu vielen unbekannten Gröfsen rechnen, so lange die Grundbedingungen des Lebenschemismus nicht bekannt sind. Der experimentalen Forschung stellen sich in der Pharmakologie zu viel Schwierigkeiten

entgegen, die verschiedenen Forscher kommen auch bei einwandfreien Versuchen zu divergierenden Resultaten, weil sie sich zu viel auf Hypothesen stützen; daher ist der einzige Rettungsanker, so lange wir keine wissenschaftliche Medizin begründen können, die klinische Beobachtung.

Nach den Quellen der zur Behandlung erforderlichen Agentien unterscheidet S. zwischen hygienischer, pharmaceutischer und chirurgischer Therapie. Nach dem Ursprung betont er die Wichtigkeit der Arzneimittel aus Mineral- und Pflanzenreich. Wichtig ist die Wahl der dem Arzneimittel zu gebenden Form: die Osmose bildet den wichtigsten Faktor der Aufsaugung; es kommen in Betracht die Beschaffenheit der Zwischenwände, welche die aufzusaugende Flüssigkeit von den Organen trennen, ihre Durchlässigkeit, anatomische Beschaffenheit, Dicke, Einwirkung der Gewebssäfte (Hauttalg, Schweifs, Schleim) etc. Von den verschiedenen Wegen, auf denen Absorption erfolgt, interessiert uns Dermatologen am meisten die Haut, der auf 4 Methoden Heilmittel zugänglich gemacht werden können 1. diaepidermatisch: Gase und Flüssigkeiten (feste Körper gelöst); die Durchlässigkeit ist verschieden je nach dem Individuum, Hautstelle, Reinlichkeit, Art der Einverleibung (Friktion, Behinderung der Verdunstung, elektrischer Strom); 2. endermatisch (intrakutan) nach Beseitigung der Epidermis; 3. entodermatisch (Einimpfung); 4. hypodermatisch, vor allem Flüssigkeiten, wobei die verschiedenen Indikationen, die beste Art der Applikation etc. eingehend besprochen werden. Dann folgen Vorlesungen über Vehikel und Excipientia, über Komposition mehrerer Mittel, über Receptierkunde, über Elimination und die Veränderungen, die die die Medikamente dabei erleiden. Die letzten Kapitel sind den biologischen Wirkungen der Heilmittel und den aus ihnen abgeleiteten Heilkräften gewidmet, dabei empfiehlt sich vor allem die ätiologische Therapie, die sich aber in vielen Fällen, z. B. bei Dyskrasieen, nicht durchführen läfst; hier tritt die empirische Behandlung in ihre Rechte; viel wird durch Hydrotherapie und hygienische Präventiv-Mafsregeln erreicht, besonders gegen die Bakterien, die keineswegs durch mikrobicide Mittel immer vernichtet werden können; vielmehr müssen die Antidota, welche die Ptomaine im Organismus vernichten, noch gefunden werden, was sich vorläufig im Laboratorium nicht erreichen läfst; daher ist die praktische Medizin vor allem eine Beobachtungswissenschaft, und die Lösung therapeutischer Fragen bleibt vor allem der Klinik vorbehalten.

Am Schlufs enthält das Buch noch die Antrittsrede S.s bei Eröffnung der therapeutischen Klinik in Neapel und seinen Vortrag auf dem internationalen medizinischen Kongrefs zu Washington 1887. *Hahn-Bremen.*

Klinisch experimentelle Studien über chirurgische Infektionskrankheiten, von Dr. Julius Fessler. München 1891, Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn. 176 S. V. teilt in dieser auf Veranlassung von Nussbaum angefertigten Arbeit die von ihm angestellten Versuche mit über die Einwirkung des Ichthyols auf den Streptococcus pyogenes et erysipelatis, sowie auf den Staphylococcus pyogenes aureus. Aus ihnen geht sowohl kulturell wie auch am Tierexperiment und am Krankenbett erwiesen, hervor, dafs sowohl Ammon. als auch Natr. sulfoichthyol. sich vorzüglich gegen die Streptokokken und die durch sie begingten Entzündungen bewähren, während diese Präparate sich dem Staphylococcus gegenüber nur recht schwach wirksam zeigen. Dann erweist Verf. durch Statistik, dafs durch Ichthyolbehandlung die Dauer der Erysipele auf die Hälfte abgekürzt wird. Durch Mischinfektion (durch Prodigiosus- und Streptococcus-Kulturen hervorgerufen) sah er bei Kaninchen heftige Phlegmone mit Eiterung und Gangrän auftreten, während solche mit sterilisierten Kulturen keine Steigerung der Entzündung hervorrief. Das Genauere über Erysipelstatistik, die viel Interessantes bietet, sowie die

Versuche über wachstumhemmende Eigenschaften von eiweifshaltigen Flüssigkeiten gegenüber dem Streptococcus und Staphylococcus sind im Original nachzulesen.

Hahn-Bremen.

Die Hautkrankheiten, von P. Eichhoff. Leipzig, Ambr. Abel. 1890. 328 S. Verf. beginnt sein kurz gefafstes Lehrbuch mit einigen geschichtlichen und anatomisch-physiologischen Bemerkungen. Die Hautkrankheiten sind nach ihrer Ätiologie eingeteilt: zuerst werden die nicht, oder noch nicht erwiesenen parasitären Krankheiten abgehandelt, dann die, welche parasitären Ursprungs sind. Ob die als Alopecia areata parasitaria beschriebene Mykose sich nicht doch noch als Trichophytie[1] entpuppt, wollen wir nicht erörtern, ohne damit die Möglichkeit einer parasitären Alopecia areata zu leugnen. Ob das Ekzema parasitarium (= dem Unnaschen Ekzema seborrhoicum? Ref.) besonders durch die ins Haar geschmierten Pomaden befördert wird, läfst sich in Frage ziehen, da Fette, auch ranzige, kaum besonders gute Nährböden für Parasiten abgeben. Den Leichentuberkel würden wir lieber bei den übrigen Formen der Hauttuberkulose untergebracht sehen, wohin er doch ätiologisch und klinisch pafst. Im alphabetischen Index fehlt durch ein Versehen die Psoriasis. — Das Buch liest sich bei der präcisen, knappen Schreibart des V's. leicht und angenehm, und empfehlen wir es, zumal das Hauptgewicht auf Diagnose und Therapie gelegt ist, besonders Studierenden und den Ärzten, die früher wenig Gelegenheit zum Studium der Hautkrankheiten gehabt haben. *Hahn-Bremen.*

[1] s. Schütz Ätiologie und Symptomatologie der Alopecia areata. *Monatsh. f. prakt Derm.* Bd. VI. pag. 97.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

w. Lepra.

Beobachtungen und Versuche über die Ätiologie des Aussatzes, von Beaven Rake, M. D. (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1891. No. 2.) R. giebt eine Übersicht von 34 Fällen von Lepra anaesthetica, von denen er bei 33 im Trinidad-Leprahaus unter die Vorderarmhaut Stücke von Lepratuberkeln brachte und die Einschnitte durch Naht schlofs. Der 34. Fall wurde mit Lymphe von einem Kranken mit tuberkulöser Lepra geimpft. Die meisten dieser Impfungen liegen über ein halbes Jahr zurück: keiner der Geimpften hat in dieser Zeit Zeichen von Tuberkelbildung geboten, namentlich fanden sich solche auch nicht bei 4 dieser Patienten, die an interkurrenten Leiden starben und bei denen keinerlei Neubildung an der Impfstelle noch auch sonst Bacillen beobachtet wurden. 3 Patienten waren mit Tuberkelstücken geimpft worden, welche während eines akuten fieberhaften Ausbruchs entnommen und daher anscheinend besonders zur Übertragung geeignet waren. Bei einem Pat. existiert thatsächlich ein subcutanes, bewegliches Knötchen an der Impfstelle, doch nimmt es allmählich ab und fehlt jede Spur allgemeiner Tuberkelbildung. Ein ähnliches Knötchen bestand 3 Monate lang bei einem andern Fall — Impfung mit gewöhnlicher Tuberkelmasse —; doch ist auch dieses geschwunden. Bei einem vor 4½ Jahr mit Tuberkellymphe Geimpften kam es überhaupt zu keiner Knötchenbildung. R. schliefst aus diesen Thatsachen und seinen Erfahrungen, dafs Lepra im gewöhnlichen Wortsinne

nicht ansteckend ist; andererseits kann Isolation von Vorteil sein, weil sie die Zahl der Infektionsheerde vermindert. Was die Bodenbeschaffenheit und Nahrung anbetrifft, so hat R. die Oberfläche von 8 Gräbern des Kirchhofes des Leprahauses untersucht und viele die Erde tief durchsetzende Bacillen gefunden, die aber auch an anderen Stellen weit entfernt vom Kirchhofe konstatiert werden konnten, sodafs diese Erscheinungen nichts mit Lepra zu thun haben; die Stäbchen waren auch viel zu lang für Leprabacillen und entsprachen wahrscheinlich gewöhnlichen Fäulnisbakterien. Von Nahrungsmitteln hat er gesalzenes Schweinefleisch, Salzfische und Taubenerbsen, die drei Lieblingsnahrungsmittel der Neger und Kulis in Trinidad untersucht und keine Spur von Leprabacillen gefunden. Die Kulturversuche, von den Eingeweiden genommen, ergaben negative Resultate. Impfungen an Katzen, Kaninchen, Schweinen, Meerschweinchen blieben ohne Erfolg. *L. Hoffmann-Berlin.*

c. *Syphilis.*

Syphilitischer Diabetes insipidus. (Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Naturforscher und Ärzte in Charkow.) Aus der therapeutischen Universitätsklinik des Prof. Obolenski. (*Wratsch* 1891. 1.) Der vorliegende Fall, in der russischen Litteratur der erste, aber auch sonst eine höchste Seltenheit (Vortr. hat nur noch 2 andere Fälle finden können) läfst sich nicht referieren, daher möge es, bei der Seltenheit der Erkrankung, erlaubt sein, ihn im Wortlaut wiederzugeben.

Hebräer K., Konservatorist, 25 Jahre alt, unverheiratet, klagt über verstärktes Durstgefühl und Wolfshunger, gesteigerte Diurese, Schwäche, eine namentlich seiner Umgebung auffallende Abmagerung, Schwere und Schmerz auf dem Scheitel und im Hinterhaupt, die nachts stärker werden, und schlechten Schlaf.

Die ersten Symptome: Schwäche und Polydipsie bemerkte er vor ungefähr 1 Monat. Der Durst war so heftig, dafs Patient 20, 32, 40 Gläser Wasser pro die austrank. Am Tage vor Eintritt in die Klinik trank er 32 Glas Wasser, 4 Syphons (14 Glas) Selterswasser und 8 Glas Thee = 12960 cbcm Flüssigkeit, ohne seinen Durst stillen zu können. Der Hunger hielt damit gleichen Schritt; er afs 4—5 mal so viel als gewöhnlich (mittags 2—3 Teller Suppe, die 2—3fache Fleischportion; vor Mittag frühstückte er mehrmals, abends afs er dasselbe, vor dem Abendessen afs er 3 mal), ohne seinen Hunger zu befriedigen. Er konnte sich überhaupt nicht satt essen. Gleichzeitig trat erhöhte Diurese auf (nach den Worten des Kranken entleerte er tagsüber gegen 6000 cbcm Harn). Einige Tage vor Beginn der Erkrankung empfand er eine Schwere im Kopf, die sich zuweilen zu Schmerz steigerte; nach Verlauf von 2 Wochen wurde dies Gefühl permanent. In den letzten 10 Tagen hat er der Schmerzen wegen fast gar nicht schlafen können, und wenn er in Schlaf verfiel, so geschah es nur auf kurze Zeit und unter wollüstigen Träumen.

Über die Ätiologie konnte er keine direkten Aussagen machen. Traumen sind nicht vorausgegangen. Syphilis stellt er strikt in Abrede; er hat keinerlei Hautausschläge gehabt. Die Eltern waren gesund und sind noch am Leben; der Vater 65, die Mutter 48 Jahre alt. Brüder und Schwestern bei guter Gesundheit. Vor 8 Jahren hat er einen Typhus durchgemacht, der ca. 4 Wochen dauerte. Im Jahre 1885 hat er auf dem Penis 3 Warzen gehabt, die hart, etwas über Stecknadelkopfgröfse waren und die er mit einer Scheere abschnitt. Die kleinen Wunden heilten nach 3—4 Tagen. Im August 1889 (7 Monate vor dem Eintritt in die Klinik) trat 5 Wochen nach dem letzten Koitus auf der rechten Seite der Vorhaut ein etwa erbsengrofses, induriertes, indolentes Knötchen auf, welches der Pat. gleichfalls für eine Warze hielt und abrifs; die Wunde heilte nach 2 Wochen. Gleichzeitig mit

dem Auftreten der Warze bemerkte er eine Vergrößerung der Leistendrüsen beiderseits, wobei aber die rechten Drüsen stärker geschwellt waren und etwas schmerzten.

Pat. ist von mittlerem Wuchs, mäßig entwickelt; Muskulatur und Paniculus adiposus gut entwickelt. Lippenschleimhaut normal verfärbt. Die Conjunctiva Bulbi schwach injiziert; Pupillen gleich, Reaktion normal. Die Haut feucht, warm. Alle Kopfnerven normal. Hals- und Kubitaldrüsen etwas schmerzhaft und recht vergrößert. In der Mundhöhle nichts Abnormes. An der rechten Seite der Vorhaut eine derbe, pigmentierte Narbe von der Größe eines silbernen 5-Kopekenstücks. Elektrosensible, elektrotaktile, elektrokutane und elektromuskuläre Empfindung ist normal. Alle Reflexe erhalten. Lungen bieten nichts Abnormes. Herzgrenzen normal, die Töne dumpf aber rein. Die Leber um ein geringes vergrößert; in der Mammillarlinie überragt sie um einen Querfinger den Rippenbogen; sie ist schmerzhaft bei der Perkussion und Palpation (namentlich der linke Lappen). Die Milz ist normal. Geringe Arteriosklerose. Puls 76; Temp. 37,2°, Resp. 24. Allgemeine Schwäche. Unstillbarer Durst und Wolfshunger. Häufiger Harndrang und reichliche Harnsekretion (ca. 6000 cbcm), spec. Gew. 1,004; kein Eiweiß, kein Zucker. Körpergewicht 122½ Pfund. Heftiger Schmerz im Hinterhaupt und am Scheitel. Tägliche Harnstoffmenge 29,5 g. Somit waren vorhanden: 1. Abnorme Harnmenge von geringem spec. Gew., ohne Eiweiß oder Zucker; 2. vermehrtes Durstgefühl; 3. Wolfshunger; 4. heftige, nachts sich verstärkende Kopfschmerzen; 5. allgemeine Abmagerung und Schwäche. Alle diese Erscheinungen hielten sich ziemlich lange ohne jegliche wesentliche Änderungen; erst am 5. März schloß sich ihnen Schmerz in der Wirbelsäule, Schwindel und ein unzweifelhaftes Syphilissymptom (Plaques muqueuses) an.

Somit war die Diagnose Diabetes insipidus festgestellt. Eine Verwechselung mit irgend einer anderen Krankheit, die mit erhöhter Harnausscheidung, geringem spec. Gew. und Durst einhergeht, z. B. interstitieller Nephritis, Hydronephrose oder Pyelitis, war wohl auszuschließen, da bei diesen Erkrankungen doch wohl stets, wenn auch nur zeitweise, Eiweiß im Harn vorkommt, während in diesem Falle während 1½ Monaten nicht ein einziges Mal Eiweiß gefunden wurde. Bei der interstitiellen Nephritis haben wir außerdem fast immer eine Hypertrophie des linken Ventrikels, harten Puls, Accentuation des 2. Aortatones und eine bedeutende Herabsetzung der Gesamttagesmenge des Harnstoffes, was bei unserem Pat. fehlte.

Daß die erhöhte Harnausscheidung nicht von dem Durste abhing, erweist sich daraus, daß wir in 3 Versuchen, bei denen das Getränk nach Möglichkeit herabgesetzt wurde, doch abnorm große Mengen ausgeschieden wurden.

Eingeführt wurden:	Ausgeschieden wurden:
2. März 4940 cbcm Flüssigkeit.	5600 cbcm. Harn.
Harnmenge um 660 cbcm erhöht.	
19. März 3940 cbcm Flüssigkeit.	3700 cbcm Harn.
Harnmenge um 240 cbcm vermindert. Stark geschwitzt.	
25. März 1430 cbcm Flüssigkeit.	1300 cbcm Harn.
Harnmenge um 130 cbcm vermindert. Stark geschwitzt. Bad. Durchfall.	

Was die Ätiologie anbetrifft, so finden wir bei Pat. keines der gewöhnlichen ätiologischen Momente des Diabetes insipidus; weder Trauma, noch Erblichkeit, noch heftige Gemütsbewegungen, noch Erkältung u. s. w. Bereits am ersten Tage wurde der Verdacht auf Lues ausgesprochen aus der Narbe am Penis, den Drüsenschwellungen und den Dolores osteocopi; aber erst mit dem Auftreten der Plaques muqueuses wurde die Diagnose klar.

In den ersten Tagen seines Aufenthalts wurde die bei Diabetes insipidus gewöhnliche Therapie eingeschlagen (trotz des Verdachtes auf Syphilis): Opium,

Antipyrin, jedoch keinerlei Besserung erzielt, obgleich Harnmenge und Durst etwas herabgesetzt wurde.

Vom 5. März antisyphilitsche Therapie: 3 ℔ pro die Ungt. hydrarg. ciner., zu Inunktionen und Jodnatrium (3j auf ℥ VI Aq. 3mal täglich ein Eßlöffel) innerlich. Nach 30 Inunktionen und 3℔ Jodnatr. waren alle krankhaften Erscheinungen geschwunden. Die Harnmenge sank auf 1500—1800. Das spec. Gew. stieg auf 1,016. Durst- und Hungergefühl wurden normal; die Kopfschmerzen schwanden, ebenso die Plaques muqueuses; sein Gewicht hatte um 2½ Pfd. zugenommen und sein Befinden war ein vorzügliches. 17. April wurde der Patient als vollkommen gesund entlassen, mit dem Rate, bei der geringsten Andeutung seines früheren Leidens eine ebensolche Kur durchzumachen. Ich habe ihn zuletzt im Mai 1890 gesehen; er war vollkommen gesund.

Dies die Krankengeschichte. Als pathologisch-anatomisches Moment sieht Verf. an: 1. eine lokale Verdickung des Ependyms des Bodens des IV. Ventrikels; 2. Kreislaufstörung im Kleinhirn und der Medulla oblongata — mehr oder weniger ausgebildete granuläre Endarteritis, die ihren klinischen Ausdruck in der Polyurie, den Schmerzen im Hinterhaupt und Scheitel und den häufigen Schwindelanfällen fand.

Zum Schluß bemerkt Verf., daß der Lues bei der Ätiologie des Diabetes insipidus noch zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt, ja dies Moment in einzelnen Lehrbüchern garnicht erwähnt werde (z. B. Strümpell).

Kroug-Hungerburg-Narwa.

Progressive Ernährungsstörungen.

Ein Fall von Lymphangioma tuberosum multiplex (Kaposi), von Dr. E. Lesser und Dr. R. Beneke. (*Virchows Archiv.* 1891. Heft 1.) 49jähriger Mann bemerkt angeblich vor 7 bis 8 Jahren das Entstehen der Knötchen. Auf den vorderen und seitlichen Partieen des Rumpfes zeigen sich eine große Anzahl hanfkorn- bis linsengroßer, bräunlicher, platter, derber Knötchen. Diagnose stützt sich auf die anatomische Untersuchung: In der Cutis finden sich cystenartige, kugelförmige, hyaline Massen enthaltende Bildungen, deren Wand aus einschichtigen, sehr dichtgestellten, platten Zellen mit kräftigen, gleichfalls platt-linsenförmigen Kernen besteht und keine besondere Membrana propria besitzt. Sehr häufig sieht man das Endothel der Kugeln in schmale zusammengefallene Kappillargefäße übergehen, die aber gleichfalls ein auffallend dichtes Endothel mit kräftig gefärbten Kernen aufweisen; solche Gefäße können in kürzeren oder längeren Zwischenräumen Kugeln verbinden. Sie sammeln sich zu größeren Stämmen, welche in ganz schräger Richtung gegen das subkutane Bindegewebe ziehen. Das Kapillarnetz in der Höhe des eigentlichen Tumors ist auffallend reichlich entwickelt und verzweigt sich auch bis in die Papillen. — Dieses sind die spärlichen anatomischen Befunde, aus welchen 1. die pathologische Veränderung der Lymphgefäße und 2. eine Neubildung derselben und zwar aus ihren Endothelien hervorgegangen, diagnostiziert wird. Ad 1. meint Beneke, ob die Kapillarwucherung Blut- oder Lymphkapillaren entspricht, ist eine histologisch schwer zu entscheidende Frage, wenn der Nachweis des Übergangs in die normalen Gefäße fehlt und nur die Zellenform herangezogen werden kann. Gewiß wird jedermann mit B. die Schwierigkeit dieser Entscheidung empfinden und lieber derselben dadurch aus dem Wege gehen, daß er durch Kombination mittelst Serienschnitte die Verbindung der Gefäße untereinander zu eruieren sucht. B. gibt zwar ausdrücklich an, sich dieser Methode bedient zu haben, aber von einer Beschreibung der dadurch

erhaltenen Befunde, geschweige denn einer Verwertung derselben für die Diagnose ist nichts zu finden Die Angabe, dafs „die Kapillaren sich zu gröfseren Stämmen sammeln," hielt B. gewifs selbst für zu ungenau, um sie zur Entscheidung der Frage I verwerten zu können. Aus der Lage der Geschwulst und dem Mangel roter Blutkörperchen in den Kapillaren folgert B., dafs es die Lymphkapillaren sind, welche pathologisch verändert sind. Wenn wir fürs erste seinen Gedankengang weiter verfolgen, so würde also zweitens die Neubildung von Gewebselementen der Lymphkapillaren zu beweisen sein. „Daran kann nach dem histologischen Befund, welcher die auffallend dichte Stellung kräftiger (? Ref.) Endothelzellen mit lebhaft tingierten, also chromatinreichen Kernen überall hervortreten liefs, kein Zweifel sein." (pag. 93.) Obgleich der Tumor sich einzig und allein zusammensetzt aus Bildungen, deren Wand aus einschichtigen platten Zellen besteht, obgleich andererseits von gröfseren (Lymph-) Stämmen und einem auffallend reichlich entwickelten Kapillarnetz gesprochen wird, so gibt B. doch nur die Möglichkeit einer Neubildung von Kapillaren zu und legt auf „die reine Endothelwucherung prinzipiell einen besonderen Wert." B. ist also der Meinung, dafs die Neubildung lediglich darin besteht, dafs in dem normalerweise vorhandenen Lymphkapillarnetz der Haut nur eine Wucherung der Endothelzellen stattgefunden hat, und zwar so, dafs nicht eine Anlagerung der neugebildeten Zellen dem Lumen zu eintrat, sondern dafs sich dieselben zwischen die alten drängten und dadurch „das alte Netz zarter, schmaler Kapillaren in ein neues derbwandiger, weiter, zellreicher Gefäfse umgewandelt wurde."

Hierzu ist zu bemerken, dafs unter den anatomischen Befunden B.s weder die Derbwandigkeit, denn die Gefäfse sollen nur ein „einschichtiges Endothel" besitzen, noch die Weite, denn die Kapillaren sind „schmal und zusammengefallen" und die kugeligen Räume hält B. selbst „nicht für das Wesentliche der Wucherung," erwähnt ist. Bisher kennt man in der Pathologie der Lymphgefäfse als Folgezustand der Endothelwucherung entweder nur eine Ansammlung zu soliden Zellsträngen (Endotheliom) oder eine Neubildung von mehr oder weniger weiten Kanälen resp. Cysten (Lymphangiom) —, aber eine Neubildung von Endothelien ohne Zunahme der Wanddicke, noch Schlängelung der Kapillare, wie B. sie für möglich hält, dürfte doch eine Ausnahme von den einfachsten Naturgesetzen vorstellen. — Indem wir darauf verzichten wollen, den Fufstapfen B.s weiter zu folgen, die ins Land der — Hypothesen führen, möchten wir es doch versuchen, einiges Thatsächliche aus der „anatomischen Untersuchung" zusammenzulesen.

Wenn wir uns danach umsehen, aus welchen Zellen die Neubildung denn eigentlich besteht, so finden wir erstens eine Angabe bei der Beschreibung der Cystenwand: es sind platte, sehr dicht gestellte Zellen mit kräftigen, gleichfalls plattlinsenförmigen Kernen und schmalem Protoplasma, welches nirgends den Eindruck kubischer oder gar cylindrischer Formen hervorruft. Diese Zellen liegen nur in einer Schicht. Zweitens gehen diese Zellen der Kugeln über in schmale zusammengefallene Kapillargefäfse, die aber gleichfalls ein auffallend dichtes Endothel mit kräftig gefärbten Kernen aufweisen. Drittens sammeln sich diese Gefäfse zu gröfseren Stämmen.

Es erhebt sich hier zunächst die Frage: Sind diese Zellen Epithelien oder Endothelien? Für Endothelien spricht bei der Cystenwand die Einschichtigkeit, die Plattheit und ihre Eigenschaft, als Wandbekleidung eines Hohlraumes zu dienen; dieselben Gründe würden auch bei den sogenannten Kapillargefäfsen Geltung haben. Da letzteren aber die Epitheta schmal und zusammengefallen gegeben sind, so bleibt es zweifelhaft, ob hier ein Lumen vorhanden war und nicht vielmehr ein solider Zellstrang, so dafs die Zellen nicht zur Bekleidung eines Hohlraumes dienten. Auch die Darstellung: Gefäfse vereinigen sich zu gröfseren Stämmen klärt über diese

Verhältnisse nicht auf, denn es ist nicht gesagt, woraus sich diese gröfseren Stämme zusammensetzen, ob dieses Gröfsersein durch Verdickung der Zelllagen oder durch hinzukommende Bindegewebslagen bedingt ist oder ob sich dieselben vielleicht auch unter dem Bilde des Zusammengefallenseins darstellten, so dafs man auch hier an solide Zellstränge zu denken berechtigt ist. Die Eigenschaft als Wandbekleidung eines Hohlraumes zu dienen, würde also mit Sicherheit nur den Zellen der Cysten zukommen und also nur hier für die Diagnose Endothelien verwertbar sein. Da aber die durch den Inhalt gedrückten Epithelien einer Cystenwand abgeplattet werden können, so müssen wir mehr Wert auf andere Kriterien legen. Die Einschichtigkeit ist allerdings bei den Cysten angegeben, wie es sich bei den gröfseren Stämmen verhält, wird nicht beschrieben. Das Protoplasma der Zellen ferner ist entgegen der Eigenschaft von Endothelien nur schmal, wie direkt gesagt wird, und wie auch daraus hervorgeht, dafs sowohl bei den Cysten, wie bei den sogenannten Gefäfsen die Zellen auffallend dicht stehen. Der Kern endlich wird nicht als bläschenförmig und nicht als durch kernfärbende Mittel (Hämatoxylin) blafs gefärbt beschrieben, sondern als plattlinsenförmig und „lebhaft tingiert, also chromatinreich" (pag. 93). Also alles Eigenschaften, die mindestens zu einer Differentialdiagnose zwischen Endo- und Epithelien auffordern. Aber für B. ist schon durch die Zellen der Cystenwand die Frage dahin entschieden, dafs Endothelien vorliegen. Wir dürfen allerdings nicht verschweigen, dafs sich in dem grofsen spekulativen Appendix der anatomischen Untersuchungen folgender Satz findet (pag. 96): „Die Differentialdiagnose gegenüber Schweifsdrüsenadenom, die etwa angeregt werden könnte (drüsenähnliche Stränge mit hyalinen Pfropfen), wird durch die bezeichnete Lage der Geschwulst ohne weiteres entschieden." Ref. braucht sich daher nicht zu schämen, ebenso wie B. an Epithelien gedacht zu haben, aber er hält doch diese für B. gewifs elementare Frage für zu wichtig, als dafs er sie in einem Satze hätte erledigen mögen. Im Gegenteil, für ihn würde erst damit die eigentliche Untersuchung anfangen.

Da nun also die den Tumor konstituierenden Elemente, nach der Beschreibung wenigstens, weder mit Sicherheit für Endothelien noch für Epithelien erklärt werden können, so liefse sich vielleicht aus der gegenseitigen Lagerung der Cysten, der Stränge (schmale zusammengefallene Kapillargefäfse B.s) und der gröfseren Stämme ein Rückschlufs auf die Natur der Neubildung machen. Hier aber versagt wiederum die „anatomische Untersuchung," denn es ist nirgends mit klaren und deutlichen Worten ausgesprochen, dafs sich aus der Kombination der Serienschnitte ein Kontinuum der Cysten und Stränge untereinander ergeben hätte. Die Angaben: Gefäfse können Kugeln verbinden und erstere sammeln sich zu gröfseren Stämmen, stützen sich wohl nicht auf die Kombination der Schnitte, denn sonst hätte B. allein aus der Rekonstruktion des Gefäfsbaumes die Frage, ob er es mit dem Blut- oder dem Lymphgefäfssystem zu thun hat, entscheiden können; ganz abgesehen von dem Nichtvorhandensein von Blut in den Hohlräumen. Wenn hier von Gefäfsen gesprochen wird, so ist es natürlich in Verfolgung des Gedankenganges von B. gewesen; der Beweis, dafs die sogenannten Gefäfse wirklich ein Lumen besitzen und nicht vielleicht solide Zellstränge sind, ist nicht erbracht. Wie schon oben erwähnt, klärt die Beschreibung, dafs sie schmal und zusammengefallen sind und ein auffallend dichtes Endothel besitzen und ferner, dafs sie sich zu gröfseren Stämmen vereinigen, nicht darüber auf.

Aus alledem ergibt sich nur das eine mit Sicherheit, dafs genügende Beweise für die Diagnose Lymphangiom nicht erbracht sind. Das Bild des Lymphangioms, speziell das der Haut, ist ja stets ein ganz anderes und selbst das von Kaposi beschriebene Lymphangioma tuberosum multiplex, welches bisher noch ohne Analogon

war, kann trotz B. nicht in Parallele mit seinem Falle gesetzt werden. Kaposi spricht nämlich von rundlichen Öffnungen, welche an einer Stelle spaltförmig offen sind und von wo aus zwei konvergierende und in gröfserer oder kürzerer Entfernung sich treffende Linien ausgingen, die ihrerseits ebenfalls einen entsprechend schmalen, spaltförmigen, leeren Raum einschlossen. Bei anderen waren die zwei von dem Kreiskontur auslaufenden und eine Strecke weit parallel laufenden Linien durch querlaufende, eingestreute Kerne enthaltende Fasern verbunden. Die Öffnungen und Spalten hatten eine deutliche Begrenzungswand von beträchtlicher Dicke und starrem resistentem Ansehen. — Da nun weder aus der „anatomischen Untersuchung," noch aus Analogie mit ähnlichen Fällen eine Diagnose vonseiten des Lesers gemacht werden kann, so dürfte vielleicht die Meinung, welche der klinische Beobachter des Falles in einer Anmerkung nur nebenbei äufsert, doch mehr Beachtung verdienen. Lesser sagt nämlich pag. 87: Nachträglich habe ich noch einen wahrscheinlich hierher gehörigen Fall gefunden: Jacquet und Darier, *Annales de Dermat.* 1887. pag. 317. Da L. gewifs nach Kenntnisnahme der anatomischen Präparate seines Falles die Ähnlichkeit mit dem Falle der französischen Autoren aufgefallen ist, so ist man gewifs berechtigt, da die anatomische Untersuchung Dariers eine sehr gründliche ist, letztere auch für Lessers Fall für mafsgebend zu halten. Ref. stellt daher mit Lesser die Wahrscheinlichkeitsdiagnose, dafs der vorliegende Fall dem französischen Falle ähnlich ist und zwar eine Neubildung epithelialer Natur und ferner zu denjenigen Fällen gehört, welche aufser von obigen Autoren auch noch von Török, L. Philippson, Jacquet, Quinquaud u. a. unter verschiedenen Namen als Hydradenom, Cystadenom, Kolloidmilium u. s. w. beschrieben worden sind. *L. Philippson-Hamburg.*

Über einen Fall von erfolgreicher Transplantation eines Fibrosarkoms bei Ratten, von K. v. Eiselsberg. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1890. Nr. 48.) Es handelt sich hier um die gelungene Transplantation eines Fibrosarkoms von dem Rücken einer Ratte in das Peritoneum einer anderen und um die Entwickelung eines grofsen, noch wachsenden Tumors aus dem verpflanzten Sarkomstückchen.

Török-Paris.

Verschiedenes.

Bericht über das erste Triennium der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis der städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld, von Dr. Eichhoff. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 48.) In den 3 Jahren, in welchen in einem jeden die Zahl der Kranken immer beträchtlich zunahm, fiel es auf, dafs, abgesehen von der Krätze, die Hautkrankheiten zahlreicher vertreten waren, als die venerischen Leiden, und dafs bei ersteren die ansteckenden Mykosen ein verhältnismäfsig grofses Kontigent stellen, besonders Favus, Mykosis tonsurans, Sykosis parasitaria, Ekzema parasitarium (Ekzema seborrhoicum Unna) und Impetigo contagiosa. Verhältnismäfsig häufig tritt auch die multiple kachektische Hautgangrän auf, die E. ebenfalls auf Pilze zurückführt. Psoriasis wurde immer seltener, auch die Sykosis simplex war gegenüber der Sykosis parasitaria sehr selten. Von den venerischen Krankheiten ist Ulcus molle relativ selten zur Behandlung gekommen; 4% der Syphilisfälle waren durch extragenitale Infektion zu stande gekommen. Verhältnismäfsig häufig trat Tripper-Gelenkrheumatismus auf. E. behandelt ferner etwas ausführlicher die Therapie,

und wollen wir dieselbe hier auch, obgleich es den Umfang eines Referats übersteigt, doch im praktischen Interesse etwas mehr berücksichtigen. Bei Favus und Trichophytisis capillitii läfst E. die Kopfhaut vollständig rasieren, dann wird sie 3 mal täglich mit Kalkseife oder einer medizinischen Seife (Theerschwefel-, Salicylschwefel- oder Salolseife) abgebürstet und mit einer parasiticiden Salbe (Sublimat, Theer, Schwefel, Salicylsäure, Chrysarobin, Pyrogallussäure, Jod etc.) bedeckt, die durch eine mittelst gestärkter Gazebinde angelegte Mitra, welche innen mit Gummipapier ausgelegt, auf der Haut fixiert wird. Am besten wirkte Hydr. jodat. flav. mit reinem Jod in Salbenform (0,2 : 2,0 : 100,0). Auch bei der Sykosis parasitaria läfst E. nur rasieren, nicht epilieren, dann 3 mal täglich mit einer Resorcinsalicylsäure- oder Schwefelsalicylsäureseife energisch waschen und dann mit einer Salbe oder spirituösen Tinktur von Salicylsäure, Ichthyol und Resorcin behandeln.

Ekzema parasitarium wurde wie Psoriasis vulgaris mit Bädern, Seifenwaschungen und antiparasitären Mitteln behandelt. Impetigo contagiosa wich schon nach Waschungen mit Kreolin-, Resorcin- oder Salolseifen. Bei Scrophuloderma, Tuberculosis cutis und Lupus hat E. nach chirurgischen Eingriffen gute Wirkungen von Aristol gesehen. Bei Akne vulgaris wird mehrere Male täglich mit Schwefel-Kamphor-Perubalsam oder Salicyl-, Schwefel- oder Salicyl-Schwefelresorcinseife und heifsem Wasser gewaschen, während nachts über der Schaum eingerieben event. mit Guttaperchapapier auf der Haut fixiert wird. Hartnäckige Stellen werden gestichelt. Akne variolliformis reagierte am besten auf Schwefelseifen und Hydr. praec. rubr. Salbenbehandlung. Ekzem und Psoriasis wurden, wie bekannt, behandelt, bei letzterer wählt E. am liebsten Chrysarobin, Theer und Salicylsäure zusammen in Salbenform. Bei Pruritus Menthol- und Menthol-Eukalyptolseifen. Beim Erysipel 10—20% Resorcinsalben. Beim Ulcus cruris Aristolpulver und Kompressivverbände. Bei Skabies genügten 3—4 Totaleinreibungen mit Bals. peruv. Styr. Sap. Kalin und Spir. a. Gegen Syphilis wurde Schmier- und Schwitzkur angewandt nach dem Fournier-Neisserschen Princip. Bei tertiären syphilitischen Ulcerationen werden dieselben lokal mit Aristol bestreut.

L. Hoffmann-Berlin.

Über die Resorption von Jodkalium in Salbenform, von Dr. A. Peters. (*Centralbl. für klin. Medis.* 1890. No. 51). Bringt man Jodkalium in Salbenform auf die Haut, so wird stets Jod dem Kreislauf einverleibt. Zum Nachweis des letzteren dient der Harn. Dieser wird mit Natriumkarbonat alkalisch gemacht, eingedampft, der Rückstand verkohlt, nach 2maliger Extraktion mit 90% Alkohol und Zusatz von 3 Tropfen Natriumkarbonat wieder eingedampft, der Rest verascht; die alkoholische Lösung des Rückstands wurde eingedampft und dann mit der conc. wässrigen Lösung die höchst charakteristische Reaktion mit Acid. nitr. fum. und CS_2 angestellt. Zur Vermeidung des Nachteils, dafs während der Einreibung Jodkalium in die Lunge gelangte, wurden die Arme durch ein Loch in einer 2 Zimmer verbindenden Glasthür gesteckt, die noch bleibenden Öffnungen wurden verstopft. Auch wurde streng darauf geachtet, dafs die Haut der Versuchsperson völlig intakt war.

Leistikow-Hamburg.

Bericht über die in den Jahren 1888 und 1889 in der dermat. Universitätsklinik und -Poliklinik zu Berlin unter Leitung von Prof. Schweninger behandelten Kranken, von Dr. Max Neuburger. I. Poliklinik. Es wurden rein dermatologische Fälle 607 im Jahre 88 und 586 im Jahre 89 behandelt. Wohl die Hälfte der Krankheiten waren Ekzeme. Unter 301 resp. 293 Ekzemfällen wurden 45 resp. 80 als „seborrhoisches Ekzem" benannt. Nächst dem Ekzem war die Psoriasis die häufigste Erkrankung.

II. Klinik. 1888: 774 Fälle, 1889: 708 Fälle. Die Hälfte der Kranken litt an Scabies. Der Krätzkranke erhält tgl. 15,0 balsam. Peruan. spiritus m. Das Ekzem stand natürlich auch in der Klinik obenan. Akute Ekzeme wurden in der Regel mit Puder, Ungt. Zinci, Ungt. Hebr., oder Thiolsalbe behandelt, bisweilen mit Bädern zusammen. Chronische Ekzeme wurden teils eingeleimt, teils mit Theer, Schwefel, Naphthol, Resorcin und Ichthyol behandelt. Von neueren Mitteln wurde Thioresorcin und Hydroxylamin probiert. Thiol gab sehr gute Resultate bei Akne, Rosacea und nässenden Ekzemen. Psoriasis wurde vielfach mit Chrysarobin behandelt.

Leistikow-Hamburg.

Die Prostitutionsfrage vor dem Stadtrat von Paris, von Henri Feulard. (*Annal. de derm. et de syph.* 1890. S. 932.) Dieser Aufsatz enthält einen interessanten Bericht über die Verhandlung betreffend Reorganisation des Prostitutionswesens, vor dem Pariser Stadtrat. Nachdem die Frage schon jahrelang die Gemüter beschäftigt hatte, wurden dem Munizipalrat zweierlei Reformpläne zur Beschlußfassung vorgelegt, die beide viel Vernünftiges enthielten. Der eine Plan war von dem Vorsitzenden des Stadtrats, Emile Richard, der andere vom Polizeipräfekten ausgearbeitet. Durch volle vier Sitzungen beschäftigte man sich nun eifrig mit dem Gegenstand; ein Paragraph nach dem andern wurde besprochen, abgeändert, genehmigt, bis schließlich das ganze Gesetz von der Rechten im Verein mit der Arbeiterpartei — verworfen wurde. — Damit bleiben denn einstweilen noch die ungesunden Verhältnisse in Paris bestehen, die den Lesern aus frühern Berichten bekannt sein dürften.

Türkheim-Hamburg.

---

64. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

(Dermatologische Sektion).

Einladung.

Der vorbereitende Vorstand der dermatologischen Sektion der 64. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, welche vom 21. September d. J. an zu **Halle a./S.** tagen wird, ladet die verehrten Herrn Kollegen zu recht zahlreichem Besuche und aktiver Beteiligung an den Sektionsverhandlungen ganz ergebenst ein.

Da der im Herbst v. J. angeregte Plan, unsere Sektion auf der Naturforscherversammlung fallen zu lassen, wieder aufgegeben worden ist, so ist es jetzt unsere Pflicht und Aufgabe, die Verhandlungen unserer Sektion zu möglichst erfolg- und ergebnisreichen zu gestalten.

Durch eine unserer Wissenschaft würdige Vertretung auf der Naturforscherversammlung werden wir dazu beitragen, unserer Specialdisciplin die Stellung zu verschaffen, die ihr längst gebührte.

Die Anmeldung von Vorträgen ist an den einführenden Vorsitzenden Herrn Privatdocenten Dr. E. Kromayer, Halle a./S. Germarstr. 2, möglichst vor Ende Mai zu richten.

Unna,	Veiel,	Kromayer,
Hamburg.	Cannstadt.	Halle.

X. Kongreſs für innere Medizin zu Wiesbaden.

am 6.—9. April 1891.

Den Vorsitz übernimmt Herr Leyden (Berlin).

Folgende Hauptthemata sollen zur Verhandlung kommen:

Montag, 6. April:

Die Gallensteinkrankheiten. Referenten: Herr Naunyn (Straſsburg) und Herr Fürbringer (Berlin).

Dienstag, 7. April:

Das Kochsche Heilverfahren bei Lungentuberkulose und anderen inneren tuberkulösen Erkrankungen.

Mittwoch, 8. April:

Angina pectoris. Referenten: Herr A. Fränkel (Berlin) und Herr O. Vierordt (Heidelberg).

Aufserdem sind folgende Vorträge bereits angemeldet:

Herr Kahler (Wien): Über intermittierende Albuminurie.

Herr Mosler (Greifswald): Über Behandlung der Leukämie.

Herr Th. Schott (Nauheim): Über Differentialdiagnostik der Perikardialexsudate und der Herzdilatation.

Herr Knoll (Prag): 1. Zur Lehre von den Kreislaufstörungen. 2. Zur Lehre von den krankhaften Veränderungen der quergestreiften Muskulatur.

Herr Brieger (Berlin): Über chemische Vorgänge bei Infektionskrankheiten.

Herr Rosenstein (Leiden): Über die Diagnose der hypertrophischen Lebercirrhose.

Herr Quincke (Kiel): Über Hydrocephalus.

Herr Eichhorst (Zürich): Wahrnehmungen über den Patellarsehnenreflex bei Tabes dorsalis.

Herr Edlefsen (Kiel): 1. Zur Frage der Entstehung des vesikulären Atmungsgeräusches. 2. Zur Statistik der Varicellen, mit Rücksicht auf die neuerdings wieder behauptete Zugehörigkeit derselben zur Variola.

Herr Külz (Marburg): Thema vorbehalten.

Herr Tappeiner (München): Über die diuretische Wirkung der Phenylmethylpyrazolkarbonsäure.

Herr G. Klemperer (Berlin): Thema vorbehalten.

Herr Leo (Bonn): Thema vorbehalten.

Herr Friedländer (Leipzig): 1. Über die Methode der „mathematischen Diagnostik" des akuten Gelenkrheumatismus und aller sonstigen Gestaltungsformen des Rheumatismus centralis. 2. Zur Ätiologie des morbus Brightii.

Herr Leubuscher (Jena): Klinische Untersuchungen über die Säureabscheidung bei Geistes- und Nervenkrankheiten.

Herr Lenhartz (Leipzig): Thema vorbehalten.

Herr Schmaltz (Dresden): Die Untersuchung des specif. Gewichts des menschlichen Blutes und das Verhalten desselben bei anämischen Zuständen.

Herr Moadhorst (Wiesbaden): Zur Diagnose und Behandlung der Gicht.

Mit dem Kongresse ist eine Ausstellung neuerer ärztlicher Apparate, Instrumente, Präparate u. s. w. verbunden. Anmeldungen für dieselbe sind an den Sekretär des Kongresses, Herrn Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Friedrichstrasse, zu richten

Über das Koch'sche Heilmittel gegen Tuberkulose.

Referate.

Die Behandlung mit Koch'scher Lymphe vom dermatologischen Standpunkte aus beurteilt, von Prof. Dr. Schwimmer in Budapest. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1891. No. 1). S. hat 8 **Lupusfälle**, die bereits 4—25 Jahre lang bestanden, also fast alle schwere waren, behandelt und zwar begann er mit 1 mg. und stieg dann allmählich bis auf 8 mg. Alle Fälle reagierten, bei keinem traten unangenehme Erscheinungen auf. Bei allen fand er lokal nach den Injektionen die Erscheinungen einer frischen Exsudation, Tumescenz des erkrankten Gewebes und scharf begrenzten Entzündungshof an den Übergangsstellen zu den gesunden Hautpartieen. In einigen Fällen trat schon nach der zweiten, in anderen nach der vierten bis fünften Injektion Ablösung der rasch zu Borken und Krusten umgewandelten frischen Serumausscheidung ein; die unterhalb liegende lupöse Hautpartie erschien tief gerötet, gleichmäfsig imbibiert, mäfsig geschwellt, glänzend, bedeckte sich aber mitunter rasch mit feinen weifslichen Epidermislamellen; in 2 Fällen (Lupus verrucosus des Handgelenks und der Finger, Lupus humidus ulcerosus der Gesichtshaut) erschien jedoch nach Abfall der Krusten die Haut etwas retahiert, weniger succulent, von mehr bläulich rötlicher Färbung. Bei genauer Besichtigung des dergestalt veränderten Hautgewebes konnte man demnach eine teilweise Resorption einzelner früher über das Niveau hervorragender Knötchen konstatieren, während die im Korium eingebetteten, dem Fachmann ganz leicht erkennbaren, gleichsam mikroskopischen Lupusknötchen sich unverändert erhielten. S. gewann aus den bisherigen Versuchen den Eindruck, dafs einzelne hypertrophische Gewebspartieen in der That zum Schwunde gelangen, die im tieferen Gewebe liegenden, punktförmigen Lupusknötchen jedoch von dem Heilungsvorgange unberührt bleiben. Daraus folgert S. vorläufig, dafs nach den Injektionen eine entschiedene Besserung, aber keine definitive Heilung festzustellen sei. Ob die Methode der Injektion blofs für die Anfangsstadien oder für die gänzliche Behandlung des Lupus allein ausreichend sein wird, bleibt einer ferneren Prüfung vorbehalten. Vorderhand mufs er die in Rede stehende Behandlung als eine unterstützende, durch ihre lokale Reaktion gleichsam experimentelle bezeichnen, und die Annahme liegt nicht fern, dafs man nach dieser einleitenden Behandlung in leichter und sicherer Weise ermöglichen wird, die Reste der Erkrankung erfolgreicher als bisher zu vernichten. Auffällig erscheint es, dafs die tiefliegenden, kleinsten Knötchen bei späteren Injektionen nicht mehr durch Fermentausscheidung antworten.

b) **Lupus erythematosus.** Beide zur Behandlung gelangten Fälle betrafen junge Mädchen, welche schon früher und längere Zeit wegen dieses Leidens unter meiner Behandlung gestanden hatten. In dem einen Falle hatte eine vor zwei Jahren durchgeführte Thermokauterbehandlung den Lupus erythematosus am Nasenrücken und an der oberen Nasenfläche mit schöner Vernarbung zur Heilung gebracht. In dem anderen Falle hatte der seit einem Jahre bestehende Lupus erythematosus das ganze Gesicht ziemlich entstellt. Letztere Patientin wies erst nach der dritten Injektion mit 5 mg eine Temperatursteigerung bis 39,5° C. auf, ohne dafs jedoch das

erkrankte Hautgewebe im geringsten sich umgewandelt gezeigt hätte. Da aber die Allgemeinerscheinungen, namentlich die Prostration, die starken Oppressionsgefühle, der heftige Kopfschmerz, ohne wesentliche Veränderungen der Hauterkrankung zu veranlassen, sehr quälend waren, so refüsierte die Patientin das weitere Verfahren. Auch die erste Patientin, von dem früheren Resultat befriedigt, wünschte eine Einstellung der Injektionsmethode, nachdem auch bei selbiger die lokale Reaktion selbst nach der vierten Injektion ausgeblieben war.

Obgleich ich den Lupus erythematosus nie als zur Gruppe der Lupus vulgaris-Erkrankungen gehörig betrachtete, hatte ich doch, um einen Beitrag zur Lösung der für einzelne Fachmänner noch strittigen Frage ob der Natur dieses Mittel zu liefern, die genannte Behandlung vorgenommen. Für meine Auffassung, sowie für die jener Fachkollegen, welche dem Lupus erythematosus eine gesonderte Stelle in der Nosologie einräumen, diente der negative Erfolg demnach zur Bestärkung unserer Ansicht. Meine Erfahrungen decken sich demnach mit den von Lassar, Behrend, Ahning in ähnlichen Fällen gewonnenen Resultaten, während andererseits Kaposi in einem solchen Falle von lokaler Reaktion berichtete, und Lewins von lokaler Reaktion begleiteten Fälle von den Berliner Fachkollegen diagnostisch bestritten wurden.

c) **Psoriasis vulgaris.** In zwei Fällen universeller Erkrankung, die schon seit Jahren besteht und die den Gegenstand mehrfacher Spitalsbehandlung bildete, trat nach zweiter und dritter Injektion mit 3 resp. 4 Milligramm jedesmal eine Temperatursteigerung bis 39,5° C. ein; lokale Erscheinungen blieben jedoch vollkommen aus. — Versuche bei Psoriasiskranken wurden meines Wissens bisher nicht bekannt gemacht, die absolute Reaktionslosigkeit der Psoriasisplaques war in den beobachteten Fällen weniger auffällig, als das Fehlen des fast jedesmal zustande gekommenen universellen Erythems, in Fällen, wo die allgemeine Reaktion sich einstellte.

d) **Syphilis.** Unter den behandelten Kranken waren zwei mit tertiärer Erkrankung und ausgebreiteten ulcerösen Zerstörungen der Hautdecke sowie der Schleimhautpartieen des Rachens, ferner ein Fall mit grofspapulösem Syphilid der gesamten Hautdecke, und einer mit papulöser Syphilis der Lippen- und Kinngegend (S. framboisioïdes).

Die erste Patientin, 22 Jahre alt, mit Periostitis syph. der Unterschenkel, grofsen Narbenkontrakturen am Stamme, hatte erst nach der vierten Injektion mit 5 mg eine Temperatursteigerung auf 39,9° C. mit heftigen Allgemeinerscheinungen gezeigt; namentlich bestanden anhaltende Oppressionsbeschwerden. Lokalerscheinungen blieben jedoch vollkommen aus.

Die zweite und vierte Patientin reagierten bei 4 mg mit 38° C.; da aber nach 3 Injektionen sowohl die alten Narben unberührt blieben, als auch die Geschwüre im Rachen sich unverändert zeigten, so wurde auf eigenes Verlangen die weitere Behandlung eingestellt.

Bei der dritten Kranken waren die Reaktionserscheinungen denen der zwei ersten gleich.

e) **Epididymitis tuberculosa.** Der 28 Jahre alte, schlecht genährte Patient zeigt linksseitigen Spitzenkatarrh mit nachweisbarer Dämpfung ohne Sputa. — Nach der vierten Injektion mit 3 mg Temperatur gleich 39,5° C., allgemeines Unwohlsein, grofse Prostration, anhaltende Schwächezustände, intensiver Hustenreiz. — Lokal trat schon nach der ersten Injektion auffällige Schwellung des ganzen rechten Testikulus ein ohne wesentliche Schmerzempfindung; die knorpelhafte Verdickung des Nebenhodens beginnt zu erweichen, Fluktuation, Eröffnung des Abscesses; in dem Inhalt desselben spärliche Tuberkelbacillen nachweisbar.

Soweit reichen die bisherigen Erfahrungen über die wenigen nach Gruppen geordneten Erkrankungsfälle verschiedener Art. Aus denselben geht die wohlkonstatierte Wahrnehmung hervor, dafs die Kochsche Lymphe auf den Lupus vulgaris in jedem Falle einwirkt, gleichviel ob derselbe lokal oder universell ist, ohne Rücksicht auf die Dauer der Erkrankung. S. fand weiter, dafs Lupusfälle von altem Bestande rascher und intensiver reagierten, als solche von kürzerer Dauer, und dafs auffälligerweise selbst Kinder von 10 bis 14 Jahren oft stärkere Dosen besser vertrugen als Patienten in vorgerückterem Alter, die an inveteriertem Lupus erkrankt waren.

Unter den Reaktionserscheinungen auf der allgemeinen Decke fand S. bei den Lupuskranken fast konstant, bei den übrigen Kranken jedoch kaum ein ausgebreitetes Exanthem, welches sich meist auf den Stamm, vornehmlich die Brustfläche und die oberen Extremitäten ausbreitete. Selbiges erschien mitunter wie ein scharlachartiges, mitunter wie ein morbillöses Exanthem. Letzteres endigte gewöhnlich mit einer leichten Desquamation, was er bei dem Scharlachexanthem nicht so deutlich zu konstatieren vermochte. Mit der Steigerung der Injektionen und besseren Toleranz des Organismus gegen dieselben, kehrte das Exanthem nicht wieder oder zeigte sich zumeist als abortive Form.

Über die Natur des Exanthems kann wohl kein Zweifel bestehen; selbiges gehört in die Reihe der Arzneiexantheme und ist als eine vasomotorische Angioneurose zu betrachten. Die an den Einstichstellen sich mitunter bildende unscheinbare Exsudation, die in zwei Fällen eine deutliche Umwandlung zu einem impetiginösen Ekzem aufwies, mufs als eine lokalisierte, durch eine Noxe bedingte und artifiziell veranlafste Exsudation bezeichnet werden, die ohne Folgezustände für die betroffene Hauptpartie blieb, da sie bald zur Involution gelangte.

Dies wären die dermatologischerseits erwähnenswerten Zufälle, welche durch die Einwirkung der Lymphe direkt hervorgerufen werden.

Wie steht es nun schliefslich mit der Frage ob der Identität des Lupus vulgaris mit der klinisch so genannten Hauttuberkulose?

Da durch die Kochsche Injektionsmethode fast ausnahmslos erwiesen erscheint, dafs tuberkulöse Prozesse aller Art auf diese Lymphe specifisch reagieren, und da, soweit die anderweitigen spärlichen dermatologischen Berichte es erweisen, sowie die bei einzelnen Erkrankungen anderer Art vorgenommenen Experimente auch lehren, aufser dem Lupus vulgaris andere Hautaffektionen auf diese Inokulationsflüssigkeit sich nicht zu verändern scheinen, so ist wohl der Beweis erbracht, dafs zwischen dem Lupus vulgaris und allgemeinen tuberkulösen Leiden eine bedeutende Affinität besteht, welche ein identisches Verhalten des Lupus auch mit der Hauttuberkulose anzunehmen gestattet. Klinisch kann sich S. der Auffassung jedoch nicht verschliefsen, beide Prozesse vorläufig wenigstens von einander zu unterscheiden, denn klinisch erscheinen dieselben nicht als identisch, doch auch dieser Unterschied dürfte in einzelnen Details sich völlig aufhellen, wenn eine genügend lange Beobachtungszeit uns über die dauernden Erfolge dieser Behandlung belehrt haben wird, vornehmlich ob das Übel, das wir als wahre Hauttuberkulose in der Dermatologie anerkennen, durch die Kochsche Lymphe nicht rascher und sicherer zur Heilung gelangt, als wir dies bis jetzt noch beim Lupus vulgaris zu beobachten vermögen. Ist ersteres der Fall, dann besteht auch aufser der klinischen Differenzierung eine therapeutische, worüber eine nicht ferne Zeit uns Aufschlufs geben dürfte. *L. Hoffmann-Berlin.*

Weitere Mitteilungen über Behandlung mit Kochschen Injektionen.

1) Von Dr. Hans Schmidt in Stettin. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1891. Nr. 1.) Derselbe fand bei **Lupus** typische Allgemeinreaktion bei kleinsten Dosen. Diejenigen Stellen, an welchen ein plastischer Ersatz des exstirpierten lupösen Gewebes oder Trans-

plantationen daselbst stattgefunden hatten, blieben frei von örtlicher Reaktion; in der Umgebung und auch an anderen Stellen plötzliches Emporschiefsen lupöser Knötchen; beginnende Abheilung derselben. In einem Falle bei gleichzeitigem Lupus am Gaumen drohende Atemnot und bevorstehende Tracheotomie bei Steigerung der Dosis von 2 auf 3 mg; Nachlafs der Atemnot nach mehreren Stunden.

2) Von Dr. Alsberg. (Ebenda, 1891, Nr. 2.) Derselbe berichtet über 6 Fälle von **Lupus** und zwar 3 des Gesichts. Bei einer Patientin stellte sich nach 0,003 g eine so heftige Reaktion ein, dafs das Fieber erst am 8. Tage geschwunden war, während bei einer anderen keine Reaktion erfolgte. Bei einem 7jährigen Patienten, bei dem die Uvula und die angrenzenden Partieen des weichen Gaumens lupös degeneriert und auch der Larynx lupös erkrankt waren, trat eine so bedeutende Dyspnoe nach 0,001 ein, dafs die Tracheotomie in Aussicht genommen wurde. Dieselbe mufste auch nach der zweiten Injektion von 0,003 ausgeführt werden.

3) Von Prof. v. Esmarch in Kiel. (Ebenda. 1891. Nr. 3.) In allen Fällen von **Lupus** der äufseren Haut schwillt dieser stark an, rötet sich und schwitzt Serum aus, das rasch zu Krusten vertrocknet. Auf der Schleimhaut kommt es wegen der dort stets vorhandenen Feuchtigkeit nicht zur Vertrocknung des Sekrets; der Lupus bedeckt sich daselbst nur mit Eiter. Wo Lupusknoten noch mit Epidermis bedeckt sind, bilden sich in letzterer kleine Risse, aus denen Serum tritt und eintrocknet. In einigen Fällen von Lupus exulcerans war das bei der zweiten und dritten Injektion hervorgebrachte Sekret so reichhaltig, dafs es die bei der vorhergehenden Injektion gebildeten Krusten zunächst wegschwemmte und dann durch Eintrocknung eine neue Kruste bildete. Hinsichtlich der Reaktionen scheint im grofsen und ganzen die Schwere der Allgemeinerscheinungen beim Lupus im geraden Verhältnis zu stehen zu der Menge des tuberkulösen Gewebes, das unter dem Einflufs des Kochschen Heilmittels steht.

4) Die 5 Fälle von **Lupus** von Prof. Rumpf in Marburg (ebenda, 1991, Nr. 3) bieten nichts Besonderes.

5) Die Professoren V. Babes und N. Kalendero in Bukarest (ebenda, 1891, Nr. 3) haben bei **Lepra** die Kochschen Injektionen angewandt und kommen zu folgenden Schlüssen: a. Es bedarf bei Leprösen derselben oder einer etwas gröfseren Dose des Heilmittels, um die fieberhafte Reaktion auszulösen. b. Das Fieber erscheint bei Leprösen erst 24 Stunden, selten 12 Stunden nach der Einspritzung. c. Die Symptome und die Dauer der das Fieber begleitenden Erscheinungen sind dieselben, und gleich verschiedenartig bei beiden Erkrankungen, dauern aber, ebenso wie das Fieber, länger bei den Leprösen. d. Während bei Tuberkulose das Fieber sich nach einer Einspritzung selten mehrere Tage wiederholt, ist dies Verhalten bei Leprösen die Regel. Die Wiederholungen haben hier denselben Typus wie der erste Anfall und erscheinen am nächsten Tage, oft noch am dritten Tage, etwa zur selben Stunde wie der erste Anfall. e. Während bei der Tuberkulose die Accumulation der Wirkung des Mittels selten beobachtet wird, ist diese Erscheinung bei Fällen, wo mehrere Tage hindurch täglich geimpft wurde, die Regel und trat schon nach Dosen von 0,002 und 0,003 g ein. f. Gewöhnlich fehlt während der ersten fieberhaften Reaktionen der Leprösen deutliche Lokalreaktion; dieselbe erfolgt hier gewöhnlich erst nach mehrtägiger Behandlung zugleich mit bedeutender Allgemeinreaktion, sowie nach Ablauf derselben. g. Die Lokalreaktion ist bei **Knötchenlepra** anfangs kaum wahrnehmbar. Erst während späterer Fieberanfälle entsteht Empfindlichkeit, Rötung und bedeutende Schwellung der leprösen Infiltrationen, welche oft ein beginnendes Erysipel vortäuscht und auch in der Umgebung der Lepraknoten entsteht, sowie eine mehr oder weniger intensive, breite, rote Zone. Nach Ablauf der Reaktion entsteht gewöhnlich Abfall und Verblassen der leprösen Infiltration, sowie Vertrocknung,

ähnlich einer Verhornung der Lepraknoten, welche an der Oberfläche erodiert, von gröfseren oder kleineren trockenen Krusten bedeckt sind. Ganz auffallende Abschwellung trat in einem Falle ein, wo ein Leproser durch Ergriffensein des Larynx seit vielen Monaten ganz aphonisch geworden war und an Atembeschwerden litt. Bei demselben waren nach 14tägiger Behandlung Aphonie und Atembeschwerden infolge bedeutender Abschwellung der Infiltration verschwunden. h. Bei **Nervenlepra**, welche sich dem Mittel gegenüber als sehr empfindlich erweist und denselben Typus der Allgemeinerkrankung zeigt wie die tuberöse Lepra, ist die Lokalerkrankung oft schwer zu konstatieren. In einem Falle ging die Allgemeinreaktion mit bedeutender Rötung der leprösen Flecke einher, während im übrigen nur die allmälige Besserung des Allgemeinbefindens und des Intellekts, die Wiedererlangung und selbst Erhöhung der Empfindlichkeit anästhetischer Stellen, das schnelle Vertrocknen pemphigoider Eruptionen, sowie die bessere Beweglichkeit atrophischer Extremitäten auf eine allmälige lokale Wirkung des Mittels schliefsen lassen. Diese differentiellen Charaktere zeugen von neuem für die wesentliche Verschiedenheit zwischen Lepra und Tuberkulose, und gestatten uns zunächst zu erkennen, ob wir es im gegebenen Falle mit Lepra oder Tuberkulose zu thun haben, ob und wann die Krankheit sich mit Tuberkulose verbindet und ob eine verdächtige trophoneurotische Erkrankung leproser Natur ist oder nicht.

6) Von Dr. Julius Goldschmidt-Madeira über **Lepra.** (*Berl. klin. Wochenschr.* 1891. Nr. 2.) Von den 5 von Goldschmidt behandelten Fällen von Lepra gehören 4 der tuberkulösen und einer der anästhetisch-paralytischen Form an. Vier waren alte, über 12 Jahre andauernde Fälle, einer frischen Datums. Dosen unter 1 mg haben keinerlei Einwirkung zur Folge gehabt; 1 mg hat in drei Fällen nach mehr als 24 Stunden eine allgemeine und in zwei Fällen auch eine lokale Reaktion veranlafst. Höhere Dosen unter 1 cg haben mit Ausnahme eines Falles Fiebertemperaturen erzeugt und in einem Falle eine sehr bemerkenswerte lokale Reaktion. Der unmittelbare Kontakt des Mittels mit der leprösen Haut scheint diese stark zu reizen, stärker als bei gesunder Haut. Die Schleimhautlepra hat keinerlei Reaktion gezeigt. Bei Nervenlepra trat allgemeine und leichte örtliche Reaktion auf.

7) Von Dr. B. Baginsky. (Ebenda. 1891. Nr. 3.) Eine Patientin, welche sich angeblich mit dem Taschentuche ihrer tuberkulösen Schwester infiziert haben soll, bekam ein **Ulcus tuberculosum am Septum narium** vor ca. 9 Jahren, welches anfangs für lupös gehalten und ausgekratzt wurde. Drei Jahre später zeigte sich ein übelriechender Ausflufs aus der linken Nasenseite, dessen Ursache in einem geschwürigen Prozesse im Innern der Nase konstatiert wurde. Einige Zeit darauf gesellte sich hierzu ein geschwüriger Prozefs des Zahnfleisches des Oberkiefers, schmerzlos und ohne sonstige erhebliche Beschwerden. Man konnte am Zahnfleisch eine schwammige Granulationsmasse bemerken, bedeckt mit gelbeitrigem Sekrete, und in der Tiefe derselben eine gröfsere Zahl miliarer Knötchen, welche an einzelnen Stellen Neigung zum Zerfall zeigten und sich deutlich und scharf abgrenzen liefsen. Lungen zeigten Spitzeninfiltrationen. Syphilis nicht vorhanden, Jodkalium ohne Wirkung. Nach Kochschen Injektionen allgemeine und überall lokale Reaktion; am Zahnfleisch lösten sich nekrotische Fetzen ab und neue Knötchen erschienen in der Tiefe des Gewebes. Nach der 14. Injektion zeigte sich ein schmerzhafter Drüsentumor in der linken Wangenseite, etwa in der Höhe des Angulus maxillae, und zugleich schwollen auch die submaxillaren Drüsen an. Nach der 21. Injektion Schmerz in der linken Halsseite infolge von Rötung des hinteren linken Gaumenbogens und der linken Tonsille mit Schwellung derselben, auf welcher man kleine graue Knötchen nachweisen konnte. Das Ulcus an der Nase erscheint vernarbt, aber in der Umgebung sind ebenfalls einzelne kleine graue Knötchen zu sehen. Nach weiteren Injektionen verschlechtert sich der Zustand des

Zahnfleisches, weshalb von den Injektionen Abstand genommen werden mufs. Die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Stückes des Zahnfleisches ergibt Tuberkelbacillen.

8) Von Prof. G. Lewin. (Ebenda. 1891. Nr. 4.) Der Aufsatz deckt sich mit den Angaben des Autors in der Berliner dermatologischen Vereinigung. (Vgl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XII. pag. 177 ff.)

9) Von G. Behrend. (Ebenda.) Bei einem Patienten mit Lungen- und Kehlkopf-Tuberkulose entwickelte sich in der Gegend des 5. Metakarpophalangealgelenks der rechten Hand, nach Stich von einer Mücke und nachdem er die Stelle aufgekratzt und öfters mit Speichel benetzt hatte, eine Wunde, die nicht zuheilte. Es entwickelte sich eine verdickte Stelle, die gerötet war und alle Zeichen von Lupus zeigte. Der Fall soll mit Injektionen behandelt werden.

10) Von J. Israel. (Ebenda.) Zwei Fälle von **Gesichtslupus** zeigten nach den Injektionen Besserung. Ein Fall von Gesichtslupus mit Tuberkulose der Lungen hat 896 mg verbraucht ohne Besserung. Ein Patient mit **Tuberkulose der Prostata** reagierte weder lokal noch allgemein bei Injektionen bis zu 4 cg und liefs keine Veränderung des Befundes erkennen. Die Behandlung wurde nach Verbrauch von 146 mg abgebrochen.

11) Von H. Lenhartz in Leipzig. (*Therap. Monatsh.* Sonderheft. Januar 1891.) L. beschreibt einen Fall von **Morbus Addisonii** bei dem er infolge der Kochschen Behandlung als ätiologisches Moment eine Nebennieren-Tuberkulose annehmen konnte, und der sich unter dieser Behandlung wesentlich besserte. *L. Hoffmann-Berlin.*

Fortsetzung der Mitteilungen über ein Heilmittel gegen Tuberkulose, von Prof. R. Koch. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1891. No. 3.) Wir sehen uns veranlafst, diesen Aufsatz Kochs etwas ausführlicher mitzuteilen, da er den Inhalt und die Darstellungsweise des Mittels enthält. Koch sagt: Ehe ich auf das Mittel selbst eingehe, halte ich es zum besseren Verständnis der Wirkungsweise desselben für geboten, ganz kurz den Weg anzugeben, auf welchem ich zur Entdeckung desselben gekommen bin. Wenn man ein gesundes Meerschweinchen mit einer Reinkultur von Tuberkelbacillen impft, dann verklebt in der Regel die Impfwunde und scheint in den ersten Tagen zu verheilen; erst im Laufe von 10—14 Tagen entsteht ein hartes Knötchen, welches bald aufbricht und bis zum Tode des Tieres eine ulcerierende Stelle bildet. Aber ganz anders verhält es sich, wenn ein bereits tuberkulös erkranktes Meerschweinchen geimpft wird. Am besten eignen sich hierzu Tiere, welche 4—6 Wochen vorher erfolgreich geimpft wurden. Bei einem solchen Tier verklebt die kleine Impfwunde auch anfangs, aber es bildet sich kein Knötchen, sondern schon am nächsten oder zweiten Tage tritt eine eigentümliche Veränderung an der Impfstelle ein. Dieselbe wird hart und nimmt eine dunklere Färbung an, und zwar beschränkt sich dies nicht allein auf die Impfstelle selbst, sondern breitet sich auf die Umgebung bis zu einem Durchmesser von 0,5—1 cm aus. An den nächsten Tagen stellt sich dann immer deutlicher heraus, dafs die so veränderte Haut nekrotisch ist, sie wird schliefslich abgestofsen, und es bleibt dann eine flache Ulceration zurück, welche gewöhnlich schnell und dauernd heilt, ohne dafs die benachbarten Lymphdrüsen infiziert werden. Die verimpften Tuberkelbacillen wirken also ganz anders auf die Haut eines gesunden, als auf diejenige eines tuberkulösen Meerschweinchens. Diese auffallende Wirkung kommt nun aber nicht etwa ausschliefslich den lebenden Tuberkelbacillen zu, sondern findet sich ebenso bei den abgetöteten, ganz gleich, ob man sie, wie ich es anfangs versuchte, durch niedrige Temperaturen von längerer Dauer, oder durch Siedehitze, oder durch gewisse Chemikalien zum Absterben gebracht hat.

Nachdem diese eigentümliche Thatsache gefunden war, habe ich sie nach allen Richtungen hin weiter verfolgt, und es ergab sich dann weiter, dafs abgetötete Reinkulturen von Tuberkelbacillen, nachdem sie verrieben und im Wasser aufgeschwemmt sind, bei gesunden Meerschweinchen in grofser Menge unter die Haut gespritzt werden können, ohne dafs etwas anderes als eine lokale Eiterung entsteht.[1]) Tuberkulöse Meerschweinchen werden dagegen schon durch die Injektion von sehr geringen Mengen solcher aufgeschwemmten Kulturen getötet, und zwar je nach der angewendeten Dosis innerhalb von 6—48 Stunden. Eine Dosis, welche eben nicht mehr ausreicht, um das Tier zu töten, kann eine ausgedehnte Nekrose der Haut im Bereich der Injektionsstelle bewirken. Wird die Aufschwemmung nun aber noch weiter verdünnt, so dafs sie kaum sichtbar getrübt ist, dann bleiben die Tiere am Leben, und es tritt, wenn die Injektionen mit ein- bis zweitägigen Pausen fortgesetzt werden, bald eine merkliche Besserung im Zustande derselben ein; die ulcerierende Impfwunde verkleinert sich und vernarbt schliefslich, was ohne eine derartige Behandlung niemals der Fall ist; die geschwollenen Lymphdrüsen verkleinern sich; der Ernährungszustand wird besser, und der Krankheitsprozefs kommt, wenn er nicht bereits zu weit vorgeschritten ist und das Tier an Entkräftung zu Grunde geht, zum Stillstand.

Damit war die Grundlage für ein Heilverfahren gegen Tuberkulose gegeben. Der praktischen Anwendung solcher Aufschwemmungen von abgetöteten Tuberkelbacillen stellte sich aber der Umstand entgegen, dafs an den Injektionsstellen die Tuberkelbacillen nicht etwa absorbiert werden oder in anderer Weise verschwinden, sondern unverändert lange Zeit liegen bleiben und kleinere oder gröfsere Eiterherde erzeugen.

Das, was bei diesem Verfahren heilend auf den tuberkulösen Prozefs wirkt, mufste also eine lösliche Substanz sein, welche von den die Tuberkelbacillen umspülenden Flüssigkeiten des Körpers gewissermafsen ausgelaugt und ziemlich schnell in den Säftestrom übergeführt wird, während das, was eitererzeugend wirkt, anscheinend in den Tuberkelbacillen zurückbleibt oder doch nur sehr langsam in Lösung geht.

Es kam also lediglich darauf an, den im Körper sich abspielenden Vorgang auch aufserhalb desselben durchzuführen und womöglich die heilend wirkende Substanz für sich allein aus den Tuberkelbacillen zu extrahieren. Diese Aufgabe hat viel Mühe und Zeit beansprucht, bis es mir endlich gelang, mit Hülfe einer 40 bis 50%igen Glycerinlösung die wirksame Substanz aus den Tuberkelbacillen zu erhalten. So gewonnene Flüssigkeiten sind es gewesen, mit denen ich die weiteren Versuche an Tieren und schliefslich am Menschen gemacht habe, und welche zur Wiederholung der Versuche an andere Ärzte abgegeben sind.

Das Mittel, mit welchem das neue Heilverfahren gegen Tuberkulose ausgeübt wird, ist also ein Glycerinextrakt aus den Reinkulturen der Tuberkelbacillen.

In das einfache Extrakt gehen aus den Tuberkelbacillen natürlich neben der wirksamen Substanz auch alle übrigen in 50% Glycerin löslichen Stoffe über, und es finden sich deswegen darin eine gewisse Menge von Mineralsalzen, färbende Substanzen und andere unbekannte Extraktivstoffe. Einige dieser Stoffe lassen sich ziemlich leicht daraus entfernen. Die wirksame Substanz ist nämlich unlöslich in absolutem Alkohol und kann durch denselben, allerdings nicht rein, sondern immer noch in Verbindung mit anderen ebenfalls in Alkohol unlöslichen Extraktivstoffen ausgefällt werden. Auch

[1] Derartige Injektionen gehören zu den einfachsten und sichersten Mitteln, um Eiterungen zu erzeugen, welche frei von lebenden Bakterien sind.

die Farbstoffe lassen sich beseitigen, so daſs es möglich ist, aus dem Extrakt eine farblose trockene Substanz zu erhalten, welche das wirksame Prinzip in viel konzentrierterer Form enthält, als die ursprüngliche Glycerinlösung. Für die Anwendung in der Praxis bietet diese Reinigung des Glycerinextraktes indessen keinen Vorteil, weil die so entfernten Stoffe für den menschlichen Organismus indifferent sind, und also der Reinigungsprozeſs das Mittel nur unnötigerweise verteuern würde.

Über die Konstitution der wirksamen Substanz lassen sich vorläufig nur Vermutungen aussprechen. Dieselbe scheint mir ein Derivat von Eiweiſskörpern zu sein und diesen nahe zu stehen, gehört aber nicht zur Gruppe der sogenannten Toxalbumine, da sie hohe Temperaturen erträgt und im Dialysator leicht und schnell durch die Membran geht. Das im Extrakt vorhandene Quantum der Substanz ist allem Anscheine nach ein sehr geringes; ich schätze es auf Bruchteile eines Prozents. Wir würden es, wenn meine Voraussetzung richtig ist, also mit einem Stoffe zu thun haben, dessen Wirksamkeit auf tuberkulös erkrankte Organismen weit über das hinausgeht, was uns von den am stärksten wirkenden Arzneistoffen bekannt ist.

Über die Art und Weise, wie wir uns die specifische Wirkung des Mittels auf das tuberkulöse Gewebe vorzustellen haben, lassen sich selbstverständlich verschiedene Hypothesen aufstellen. Ich stelle mir, ohne behaupten zu wollen, daſs meine Ansicht die beste Erklärung abgiebt, den Vorgang folgendermaſsen vor. Die Tuberkelbacillen produzieren bei ihrem Wachstum in den lebenden Geweben ebenso wie in den künstlichen Kulturen gewisse Stoffe, welche die lebenden Elemente ihrer Umgebung, die Zellen, in verschiedener Weise und zwar nachteilig beeinflussen. Darunter befindet sich ein Stoff, welcher in einer gewissen Konzentration lebendes Protoplasma tötet und so verändert, daſs es in den von Weigert als Koagulationsnekrose bezeichneten Zustand übergeführt wird. In dem nekrotisch gewordenen Gewebe findet der Bacillus dann so ungünstige Ernährungsbedingungen, daſs er nicht weiter zu wachsen vermag, unter Umständen selbst schlieſslich abstirbt. Auf diese Weise erkläre ich mir die auffallende Erscheinung, daſs man in frisch tuberkulös erkrankten Organen, z. B. in der von grauen Knötchen durchsetzten Milz oder Leber eines Meerschweinchens zahlreiche Bacillen findet, während letztere selten sind oder gar fehlen, wenn die kolossal vergröſserte Milz fast ganz aus weiſslicher, im Zustande der Koalugationsnekrose befindlicher Substanz besteht, wie man es häufig beim natürlichen Tode tuberkulöser Meerschweinchen findet. Auf groſse Entfernung vermag der einzelne Bacillus deswegen auch nicht Nekrose zu bewirken; denn sobald die Nekrose eine gewisse Ausdehnung erreicht hat, nimmt das Wachstum des Bacillus und damit die Produktion der nekrotisierenden Substanz ab, und es tritt so eine Art von gegenseitiger Kompensation ein, welche bewirkt, daſs die Vegetation vereinzelter Bacillen eine so auffallend beschränkte bleibt, wie z. B. beim Lupus, in skrophulösen Drüsen u. s. w. In solchem Falle erstreckt sich die Nekrose gewöhnlich nur über einen Teil einer Zelle, welche dann bei ihrem weiteren Wachstum die eigentümliche Form der Riesenzelle annimmt; ich folge also in dieser Auffassung der zuerst von Weigert gegebenen Erklärung von dem Zustandekommen der Riesenzellen.

Würde man nun künstlich in der Umgebung des Bacillus den Gehalt des Gewebes an nekrotisierender Substanz steigern, dann würde sich die Nekrose auf eine gröſsere Entfernung ausdehnen, und es würden sich damit die Ernährungsverhältnisse für den Bacillus viel ungünstiger gestalten, als dies gewöhnlich der Fall ist. Teils würden alsdann die in gröſserem Umfange nekrotisch gewordenen Gewebe zerfallen, sich ablösen und, wo dies möglich ist, die eingeschlossenen Bacillen mit fortreiſsen und nach auſsen befördern; teils würden die Bacillen soweit in ihrer Vegetation gestört, daſs es

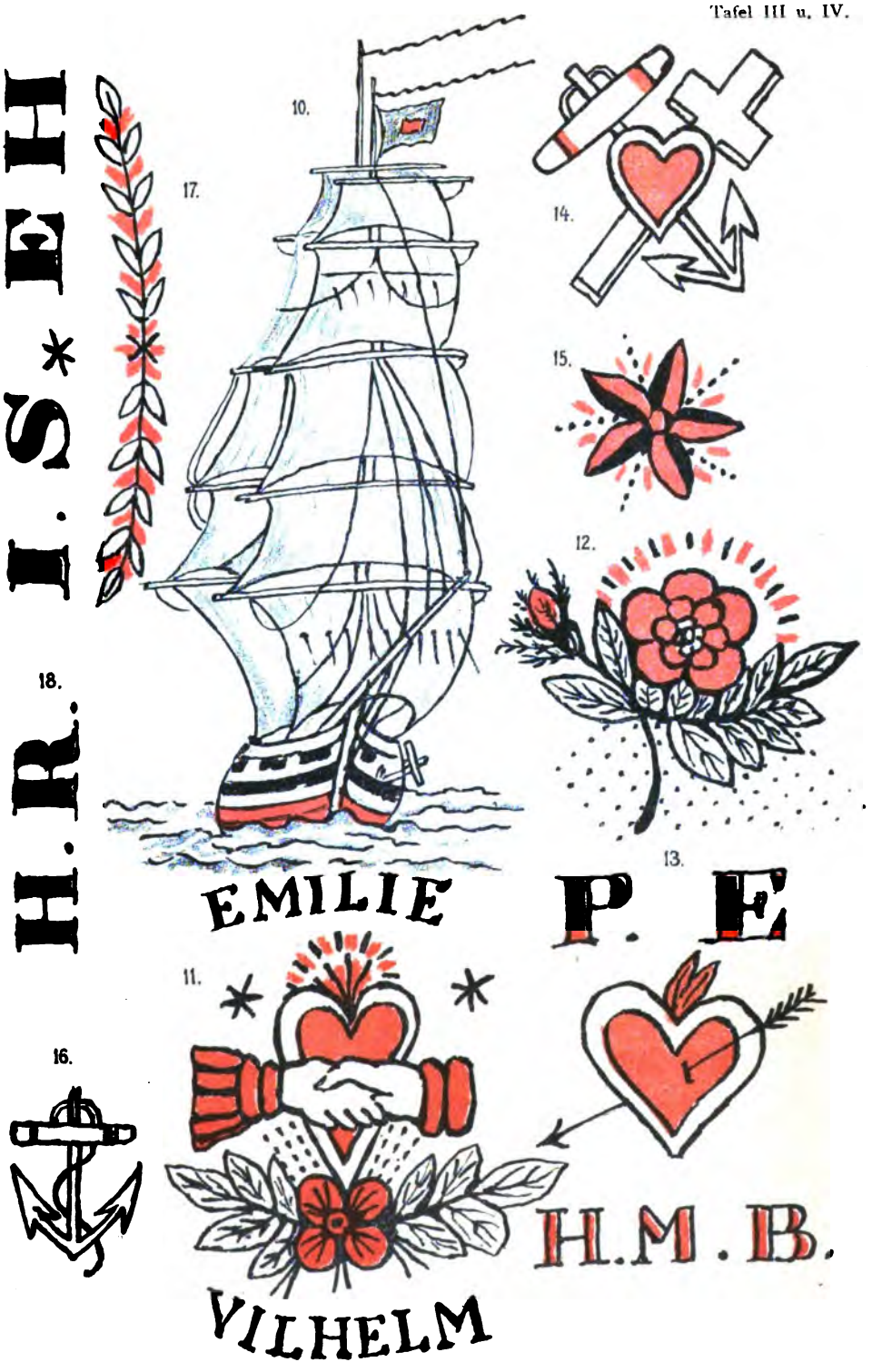
viel eher zu einem Absterben derselben kommt, als dies unter gewöhnlichen Verhältnissen geschieht.

Gerade in dem Hervorrufen solcher Veränderungen scheint mir nun die Wirkung des Mittels zu bestehen. Es enthält eine gewisse Menge der nekrotisierenden Substanz, von welcher eine entsprechend grofse Dosis auch beim Gesunden bestimmte Gewebselemente, vielleicht die weifsen Blutkörperchen, oder ihnen nahestehende Zellen schädigt und damit Fieber und den ganzen eigentümlichen Symptomenkomplex bewirkt. Beim Tuberkulösen genügt aber schon eine sehr viel geringere Menge, um an bestimmten Stellen, nämlich da, wo Tuberkelbacillen vegetieren und bereits ihre Umgebung mit demselben nekrotisierenden Stoff imprägniert haben, mehr oder weniger ausgedehnte Nekrose von Zellen nebst den damit verbundenen Folgeerscheinungen für den Gesamtorganismus zu veranlassen. Auf solche Weise läfst sich, wenigstens vorläufig, ungezwungen, der specifische Einfluſs, welchen das Mittel in ganz bestimmten Dosen auf tuberkulöses Gewebe ausübt, ferner die Möglichkeit, mit diesen Dosen so auffallend schnell zu steigen, und die unter nur einigermafsen günstigen Verhältnissen unverkennbar vorhandene Heilwirkung des Mittels erklären. *L. Hoffmann-Berlin.*

Mitteilungen über das Kochsche Heilverfahren bei Tuberkulose, von L. Rydigier. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1890. No. 50.) Bei einem 16jährigen an Rhinosklerom leidenden Mädchen trat nach Injektion von 0,008 Lymphe, welcher eine zweite von 0,014 folgte, weder allgemeine, noch lokale Reaktion auf; bei einer 37jährigen Frau, welche an Epitheliom der Nasenspitze und Lupus der rechten Mamma litt, trat die lokale Reaktion nur auf der lupösen Stelle auf. R. empfiehlt äufserste Vorsicht, da er sehr beunruhigende Kollapserscheinungen nach einzelnen Injektionen von 0,006—0,01 Lymphe beobachtete. In einem Falle von Karies der Fufswurzelknochen, welcher anderweitigen Behandlungsmethoden widerstand, schlossen sich die Fisteln nach der Injektion, die Bewegung wurde frei, der Fufs selbst auf Druck unempfindlich. In einem zweiten Falle von Karies der Mittelhandknochen und Ulcerationen und Fisteln des Vorderarms trat nach der Behandlungmit Kochscher Lymphe (2 Injektionen) deutliche Besserung auf. In einem Falle wurden in den nach der Injektion auf den Lupusherden ausgebildeten Krusten sehr zahlreiche Tuberkelbacillen in Gruppen gefunden. (Mit Rücksicht auf die äufserst geringe Anzahl der Tuberkelbacillen in den lupösen Knötchen ist dieser Befund sehr überraschend. Ref.) *Török-Paris.*

Zur elektiven Wirkung des Kochschen Heilmittels. Vortrag, gehalten im Verein deutscher Ärzte in Prag, von F. J. Pick. (*Wien. med. Wochenschr.* 1891. No. 5). In einem Falle von morbus Addisonii, bei welchem man nach den bisherigen Erfahrungen an eine Tuberkulose der Nebennieren denken mufste, trat nach zwei Injektionen von je 0,01 cm Kochscher Lymphe heftige Allgemeinreaktion und Schmerzen in der Lendengegend auf. — Bei einer 17jährigen Luetica war auf der Streckseite des linken Vorderarmes ein Krankheitsherd nicht luetischer Art vorhanden. P. stellt die Diagnose auf Tuberculosis verrucosa. Es wurden in dem Herde Bacillen nachgewiesen. Es wurde 1 ctgr der Kochschen Lymphe injiziert, worauf die Lokalreaktion nur an dem tuberkulösen Herde auftrat, während die gleichzeitig vorhandenen syphilitischen Efflorescenzen unverändert blieben. *Török-Paris.*

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
LUF.
C. H.
Sofus
Rivers


H. R. I. S* E H
10.
17.
14.
15.
12.
18.
13.
EMILIE
P. E
11.
16.
H.M.B.
VILHELM

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XII. No. 6. 15. März 1891.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Flora dermatologica.

VIII.

Herausgegeben

von

P. G. Unna.

(Mit Tafel V.)

Es haben sich während der Bearbeitung der Flora dermatologica von Zeit zu Zeit Pilze isolieren lassen, die durch zierliche, meist kreisrunde, sehr trockene, kreideweifse, dem Nährboden auflagernde und mit diesem durch ein dichtes Fadengeflecht verbundene Krusten, sowie durch besonders lebhaften Schimmelgeruch gekennzeichnet waren. Diese Pilze erregten mein Interesse besonders deshalb, weil sie von hervorragenden Botanikern, welchen ich dieselben im Laufe der Jahre zu zeigen Gelegenheit hatte, teils für Bakterien, meistens aber für Hyphomyceten erklärt wurden. In der That zweifelte niemand, der die Auskeimung und überhaupt junge Kulturen vor sich hatte, dafs ein regelrechter Schimmelpilz vorlag, während die abgestreiften Fruchtteile, wie sie aus zerkleinerten Krusten gewonnen wurden, allerdings lebhaft an Bakterien erinnerten.

E. Almquist hat, wie es mir scheint, neuerdings unter dem von Cohn eingeführten Namen: Streptothrix[1] ganz ähnliche Formen beschrieben. Aber seiner Ansicht, dafs es sich in seinen Fällen um Bakterien handelt, kann ich ebensowenig zustimmen, wie ich die im Folgenden zu beschreibenden Arten dahin rechnen möchte. Darin hat Almquist aber sicher Recht, dafs diese eigentümlichen Organismen auf der Grenze zwischen Schizo- und Hyphomyceten stehen und daher ein ganz besonderes Interesse verdienen.

Der Hauptgrund, weshalb ich die Bakteriennatur der zu beschreibenden Pilze nicht zugeben kann, ist die Art der Auskeimung, die für eine Bakterienspecies unerhört ist. Mit absoluter Konstanz, also mit Notwendigkeit, entsteht bei der Aussaat der konidienartigen Früchte zuerst ein gewöhnliches Mycel, welches sich weder in Bezug auf Wachstum

[1] E. Almquist. Untersuchungen über einige Bakteriengattungen mit Mycelien. *Zeitschr. f. Hygiene.* 1890. Bd. VIII. pag. 189.

und Verzweigung noch in Bezug auf die Gröſsenverhältnisse von anderen Pilzmycelien wesentlich unterscheidet. Während die weitere Ausbildung der zu den weiſsen Krusten vertrocknenden Lufthyphen von äuſseren Wachstumsbedingungen sehr abhängig ist (Harnzusatz zu neutraler Agargelatine befördert das Lufthyphenwachstum, stärkerer Alkali- und Säurezusatz beschränkt es bedeutend) und damit unter Umständen die Bildung der bakterienartigen Sporen ganz ausbleibt, fehlt das primäre Hyphenwachstum niemals, wenn es überhaupt zur Auskeimung kommt. Allerdings ist die Stärke des Wachstums der Bodenhyphen bei den verschiedenen Arten dieser Gattung sehr wechselnd. Handelte es sich aber um Bakterien, so müſsten die Keimlinge der Regel nach nicht als Fäden, sondern gleich als bakterienartige Glieder abgeschnürt werden.

Sodann möchte ich geltend machen, daſs genau wie bei den meisten andern Hyphomyceten so auch innerhalb dieser Gattung die näheren Artunterschiede in feineren Differenzen der Fruchtbildung zu finden sind, während das Hyphenwachstum bei allen Arten derselben Vattung ein je nach dem Alter und dem Wassergehalt der Kultur gleichmäſsig wechselndes, im allgemeinen aber sehr ähnliches ist und daher zur Differenzierung der Arten nicht verwendet werden kann.

Man darf auch nicht etwa glauben, daſs es sich bei diesen Hyphen um Scheinfäden handele. Eine echte Verzweigung ist auf Schnittpräparaten der Kultur sowie an Zupfpräparaten mit Sicherheit zu konstatieren[1].

Endlich wäre noch der überaus charakteristische, starke Schimmelgeruch dieser Kulturen zu betonen, der doch wohl auf einen den Hyphomyceten sehr ähnlichen Stoffwechsel hinweist.

Die Unterbringung der Pilze bei den Schimmelpilzen hat keine Schwierigkeit. Sie schlieſsen sich eng den eigentlichen Oidien an, während sie von den Arten der Gattungen Trichophyton und Favus sich durch den reihenweisen Zerfall der Lufthyphen zu Sporen scharf unterscheiden. Trotzdem möchte ich sie nicht direkt als zur Gattung Oidium gehörig bezeichnen, da die Gröſsenverhältnisse der Hyphen und Sporen erheblich geringere sind als die der mir bekannten Oidien. Es sind gleichsam Oidienarten en miniature, und nur durch die Kleinheit der Sporen ist deren Gerwechslung mit Bakterien ermöglicht worden. Es läſst sich der Gedanke aber nicht von der Hand weisen, daſs diese Pilze eben ihrer Kleinheit wegen im Stammbaum der Hyphomyceten wirklich sehr niedrig und den Bakterien näher stehen als alle andern.

Hiernach ist die Morphologie und Physiologie dieser Pilze äuſserst einfach. Aus den Sporen entwickeln sich verzweigte, unseptierte Boden-

[1] Diese echte Verzweigung des Mycelien führt auch Almquist bei seinen Pilzen an, ohne darin ein Hindernis für ihre Unterbringung bei den Bakterien zu erblicken.

hyphen und nach einiger Zeit unter günstigen Umständen auch Lufthyphen, die im Dickendurchmesser anschwellen und sich vom freien Ende an rückwärts in Sporenketten umwandeln. Die letzteren haften lange fest zusammen und bilden so jene oben erwähnten kreideweifsen Krusten, welche das charakteristische Aussehen dieser Pilze bedingen. Beim Zerzupfen zerfallen die Sporenketten in die einzelnen Sporen.

Als ich diese Pilze näher zu studieren begann, lagen mir 6 Reinkulturen, von 6 verschiedenen Dermatosen gewonnen, vor. Es stellte sich alsbald heraus, dafs 3 unter diesen Kulturen je 2 mal vorhanden waren. Es verblieben somit noch 3 verschiedene Pilze, die durch die Konstanz ihrer allerdings feinen Differenzen sich als 3 verschiedene Arten zu erkennen gaben. Als erste Art werde ich einen Pilz beschreiben, bei dem Bodenhyphen- und Lufthyphenwachstum ziemlich gleichmäfsig ausgebildet ist und welcher daher die vollkommensten, terrassen- oder kokardenförmigen Krusten bildet. Bei der zweiten Art überwiegt das Bodenhyphenwachstum, der Pilz ist zum gröfsten Teile in den Nährboden eingesenkt, und die Bildung der Krusten beschränkt sich oft nur auf Punkte oder zierliche, einfache oder mehrfache Ringe. Bei der dritten Art überwiegt im Gegenteile das Lufthyphenwachstum so sehr, dafs es meistens zur Bildung von ganz gleichmäfsigen, dicken Krusten mit nur sehr zarter Rasenunterlage kommt. Die beigegebenen Photogramme der Kulturen zeigen diesen Unterschied deutlich.

Wie diese Differenz in der Ausbildung des Tiefen- und Höhenwachstums bei makroskopischer Betrachtung die 3 Arten sicher unterscheiden läfst, so die Form der Sporen bei mikroskopischer. Pilz XVI zeichnet sich durch kurzcylindrische, dicke Sporen aus, die meist zu zweien (diplokokkenähnlich) an einander haften. Pilz XVII zeigt abgerundete und etwas gröfsere Sporen von ovoider Form. Die Sporen von Pilz XVIII sind schmäler und länger als die der beiden anderen, hängen öfter auch beim Zerzupfen in längeren Ketten aneinander und zeigen bei vorsichtiger Methylenblaufärbung häufig eine schwächer gefärbte Mitte mit dunklen Enden ohne besondere Endanschwellungen. Auf der photographischen Tafel sind auch diese Differenzen bei 1000facher Vergröfserung dargestellt.

No. XVI.

Makroskopische Beschreibung.

Reagirglaskulturen.

a. Gelatine. Im Stich bilden sich weifse, flaumfederartige, dicht übereinander gereihte, nach der Tiefe an Durchmesser abnehmende, scheibenförmige oder kugelige Wölkchen. Auf der Oberfläche entsteht eine feine, punktförmig bleibende Kruste, die durch Verflüssigung der Gelatine allmählich etwas einsinkt. Die Gelatine wird sehr langsam verflüssigt.

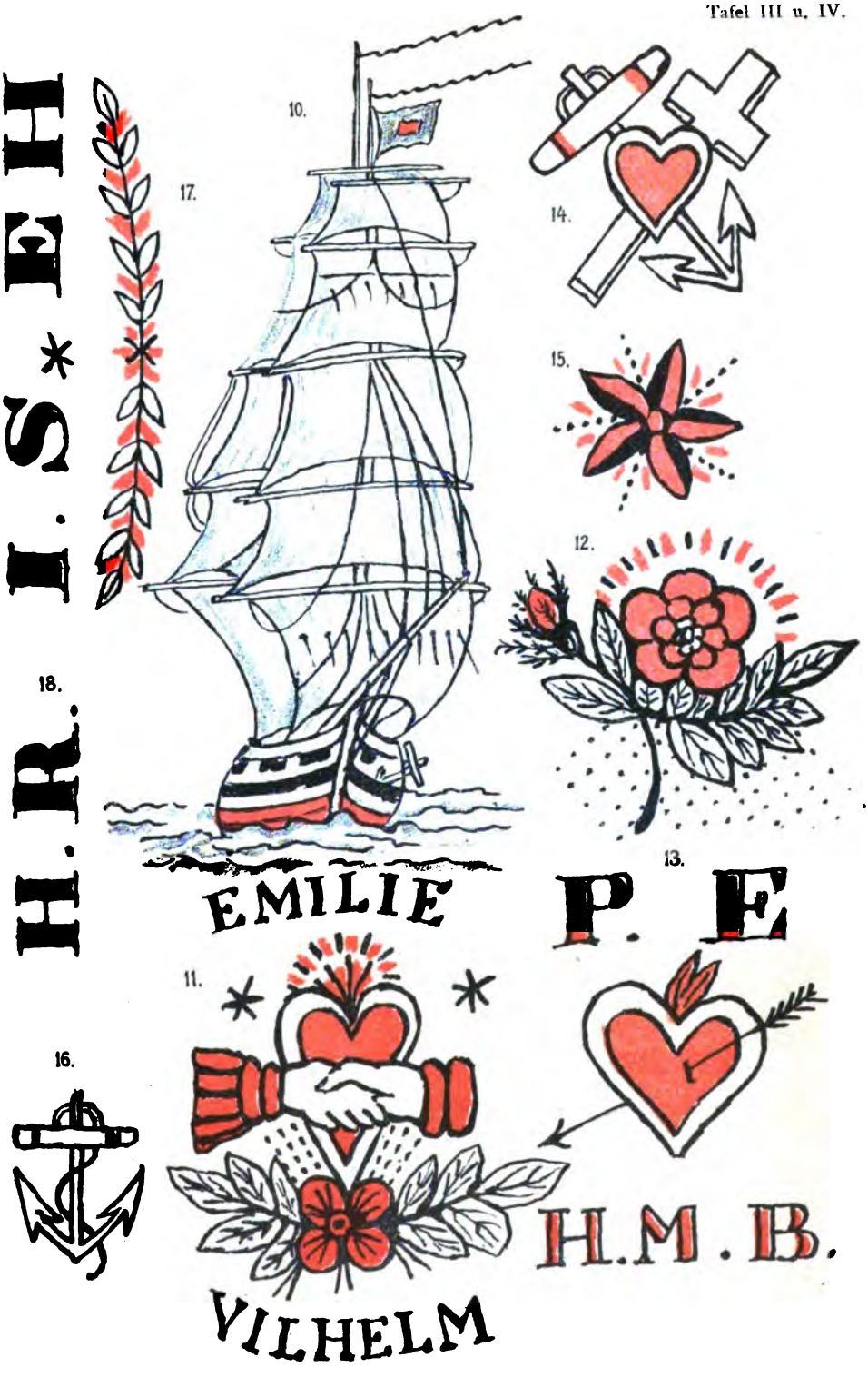
viel eher zu einem Absterben derselben kommt, als dies unter gewöhnlichen Verhältnissen geschieht.

Gerade in dem Hervorrufen solcher Veränderungen scheint mir nun die Wirkung des Mittels zu bestehen. Es enthält eine gewisse Menge der nekrotisierenden Substanz, von welcher eine entsprechend grofse Dosis auch beim Gesunden bestimmte Gewebselemente, vielleicht die weifsen Blutkörperchen, oder ihnen nahestehende Zellen schädigt und damit Fieber und den ganzen eigentümlichen Symptomenkomplex bewirkt. Beim Tuberkulösen genügt aber schon eine sehr viel geringere Menge, um an bestimmten Stellen, nämlich da, wo Tuberkelbacillen vegetieren und bereits ihre Umgebung mit demselben nekrotisierenden Stoff imprägniert haben, mehr oder weniger ausgedehnte Nekrose von Zellen nebst den damit verbundenen Folgeerscheinungen für den Gesamtorganismus zu veranlassen. Auf solche Weise läfst sich, wenigstens vorläufig, ungezwungen, der specifische Einfluſs, welchen das Mittel in ganz bestimmten Dosen auf tuberkulöses Gewebe ausübt, ferner die Möglichkeit, mit diesen Dosen so auffallend schnell zu steigen, und die unter nur einigermafsen günstigen Verhältnissen unverkennbar vorhandene Heilwirkung des Mittels erklären. *L. Hoffmann-Berlin.*

Mitteilungen über das Kochsche Heilverfahren bei Tuberkulose, von L. Rydigier. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1890. No. 50.) Bei einem 16jährigen an Rhinosklerom leidenden Mädchen trat nach Injektion von 0,008 Lymphe, welcher eine zweite von 0,014 folgte, weder allgemeine, noch lokale Reaktion auf; bei einer 37jährigen Frau, welche an Epitheliom der Nasenspitze und Lupus der rechten Mamma litt, trat die lokale Reaktion nur auf der lupösen Stelle auf. R. empfiehlt äufserste Vorsicht, da er sehr beunruhigende Kollapserscheinungen nach einzelnen Injektionen von 0,006—0,01 Lymphe beobachtete. In einem Falle von Karies der Fufswurzelknochen, welcher anderweitigen Behandlungsmethoden widerstand, schlossen sich die Fisteln nach der Injektion, die Bewegung wurde frei, der Fufs selbst auf Druck unempfindlich. In einem zweiten Falle von Karies der Mittelhandknochen und Ulcerationen und Fisteln des Vorderarms trat nach der Behandlungmit Kochscher Lymphe (2 Injektionen) deutliche Besserung auf. In einem Falle wurden in den nach der Injektion auf den Lupusherden ausgebildeten Krusten sehr zahlreiche Tuberkelbacillen in Gruppen gefunden. (Mit Rücksicht auf die äufserst geringe Anzahl der Tuberkelbacillen in den lupösen Knötchen ist dieser Befund sehr überraschend. Ref.) *Török-Paris.*

Zur elektiven Wirkung des Kochschen Heilmittels. Vortrag, gehalten im Verein deutscher Ärzte in Prag, von F. J. Pick. (*Wien. med. Wochenschr.* 1891. No. 5). In einem Falle von morbus Addisonii, bei welchem man nach den bisherigen Erfahrungen an eine Tuberkulose der Nebennieren denken mufste, trat nach zwei Injektionen von je 0,01 cm Kochscher Lymphe heftige Allgemeinreaktion und Schmerzen in der Lendengegend auf. — Bei einer 17jährigen Luetica war auf der Streckseite des linken Vorderarmes ein Krankheitsherd nicht luetischer Art vorhanden. P. stellt die Diagnose auf Tuberculosis verrucosa. Es wurden in dem Herde Bacillen nachgewiesen. Es wurde 1 ctgr der Kochschen Lymphe injiziert, worauf die Lokalreaktion nur an dem tuberkulösen Herde auftrat, während die gleichzeitig vorhandenen syphilitischen Efflorescenzen unverändert blieben. *Török-Paris.*

1.
5.
L. A.
7.
A. E.
OLUE.
4.
6.
I. A.
3.
2.
9.
C. H.
Sofus
Rivers
8.


H. R. I. S* E H
18.
10.
17.
14.
15.
12.
EMILIE
13.
P. E
11.
16.
H.M.B.
VILHELM

Reinkulturen den Ausgangspunkt abgaben. Die erwähnten Punkte, mit einem geringen, federweifsen Belag versehen, wuchsen zuerst mehr oberflächlich als in die Tiefe. Die Kultur vergrößerte sich sehr rasch in den nächsten 8 Tagen, und während sich das oberflächliche Wachstum verringerte, erstreckte sich der Pilz in die Breite über das ganze Reagenzgläschen und in eine Tiefe von circa 1—3 mm. Makroskopisch erscheint die Oberfläche der Kultur fast weifs mit einem leichten Schimmer ins Gelbliche. In der Mitte desselben befindet sich ein etwa linsengrofses, über die Oberfläche der Kultur wallartig erhabenes Centrum, um das zwei bis mehrere leicht erhabene, konzentrische Ringe angeordnet sind. Um die Peripherie des weifsen Belages befindet sich in der Tiefe der Gelatine eine $^1/_8$ cm breite Zone einer gelblich teilweise durchsichtigen, deutlich von der Gelatine sich abgrenzenden, mit einzelnen Fortsätzen in die Tiefe hineinragenden Schicht. Bei Betrachtung dieser Schicht unter schwacher Vergrößerung läfst sich eine radiäre Anordnung von Pilzmassen erkennen; dieselbe zeigt auch an älteren Kulturen einen ähnlichen, konzentrischen Ring wie den von der weifsen Oberfläche beschriebenen. Die untere Fläche ist von tiefgelber, ins Bräunliche schimmernder Farbe. Bei durchfallendem Licht erscheint die ganze Kulturmasse grauweifs, wobei die oben beschriebenen konzentrischen Ringe in einer dunklen Nüancierung sich von der übrigen Pilzmasse abheben. In der Mitte derselben befindet sich eine mit dem auf der Oberfläche sichtbaren Centrum korrespondierende Vertiefung, welche sich dunkel von der übrigen Masse abhebt.

Der mikroskopische Befund war folgender: der Pilz besteht aus Mycelhyphen von verschiedener Dicke, mit einem Durchmesser von 1,8 bis 4,0 μ. Dieselben haben fast durchweg einen langen, stets geraden Verlauf und teilen sich gabelförmig; seltener sieht man, dafs sie sich in einem rechten Winkel abteilen. Die Endigungen sind schmal und rundlich oder spitz. Zahlreiche Sporenträger, welche als runde, glänzende, oft mit körnigem Inhalt versehene Gebilde erkenntlich sind, sind frei oder endständig an kurzen Verzweigungen sichtbar. Man sieht auch zuweilen dieselben zerplatzt und den Inhalt frei daliegen. Die von QUINCKE beschriebenen Makragonidien wurden niemals von mir beobachtet, trotzdem ich viele Kulturen darauf hin untersuchte.

Zu gleicher Zeit mit mir beschäftigten sich in Dr. UNNAS Laboratorium die Herren Kollegen Dr. C. H. NEEBE und Dr. W. FURTHMANN mit dem Pilz des Trichophyton. Unter ihren mannigfachen erzielten Kulturen fanden sie eine, welche die von QUINCKE beschriebenen Makrogonidien schön ausgebildet und in grofser Menge vorhanden zeigte. Die Kultur stammte von einem an der Wange mit Herpes tonsurans behafteten jungen Mädchen aus der Poliklinik. Die Gebilde sind höchst wahrscheinlich mit den QUINCKEschen identisch. Ebenfalls gelang es mir

nicht, zwei Fruktifikationsarten, wie Bohr sie bei den Kulturen vom Favus der Hausmaus entstammend beobachtet hat, zu finden.

An den Hyphen unterscheidet man eine gleichförmige, durchsichtige, äufsere Membran und einen körnigen Inhalt, der durch Tinktionsmethoden scharf begrenzt hervortritt. In manchen Mycelfäden beobachtet man bei Färbung derselben eine rosenkranzartige Anordnung des körnigen Inhaltes, welcher in jeder einzelnen Hyphe eine länglich ovale Form annimmt. Der Durchmesser der Fäden an der Peripherie einer Kolonie ist dem der innern Kultur ziemlich gleich. An den älteren, rosenkranzförmigen Hyphen zeigen sich Fruchtbehälter als eiförmige, stark aufgeschwollene Gebilde von cirka 8,0 bis 15,0 μ Durchmesser. Dieselben sitzen den Hyphen entweder seitlich auf oder bilden das Ende eines kurzen Seitenastes. Auf der Höhe der Entwicklung platzen dieselben und entleeren eine grofse Anzahl von Sporen welche von hellgelber Farbe und cylindrisch geformt sind. Sie sind cirka 1,5 bis 2,0 μ breit und 5,0 bis 6,0 μ lang.

Ich gehe nun über zu den oben erwähnten 4 Kulturen von Menschenfavus, von denen sich Nummer 2 und 4 makroskopisch und mikroskopisch als vollständig identisch erwiesen. Der Pilz unterscheidet sich von dem oben beschriebenen Mäusefavus durch ein langsameres Wachstum, indem erst nach 8 Tagen vom Centrum der Kultur aus ein weifser Belag sich bildet. Dieser schreitet oberflächlich nicht mit der diffusen, raschen Verbreitung vor, wie er dem Mäusefavus eigentümlich ist, sondern während der Pilz rasch in die Tiefe wächst, bleibt die Flächenausdehnung beschränkt. Der grauweifse Belag erhebt sich nur wenig über den Nährboden, welcher frei von jeder Verflüssigung bleibt. Die Kolonieen erreichen nie die Gröfse und Ausbreitung des vorher beschriebenen Mäusefavus, sondern sind oft nur linsengrofs; nach 1—2 Monaten trocknen dieselben und bilden einen an ein Skutulum erinnernden, gelben, mit dunklem Rande umgebenen Herd. Der Rasen hat eine schmutzig graue Farbe und hat von der Kehrseite aus gesehen eine gebliche Farbe. Die von der Kultur ausstrahlenden Ausläufer haben nicht die deutliche radiäre Formation wie sie dem Mäusefavus eigen sind, sondern bilden mehr eine trübe, wolkige Masse, oft mit feinen, gelblichen Punkten durchsetzt. Eine konzentrische Anordnung von wellenförmigen Ringen ist auch nie wahrzunehmen.

Mikroskopisch bietet dieser Pilz folgende Merkmale. Vor allem ist der Durchmesser der Hyphen gröfser, als bei dem Mausfavus; während letztere nur einen Durchmesser von 1,8 bis 4,0 μ haben, beträgt er bei diesem 2,0 bis 5,0 μ. Auch bemerkt man nie den geraden, schlanken Verlauf der Pilzfäden wie schon erwähnt, sondern die Zweige verästeln sich rechtwinklig und bilden an den Enden kolbenartige Verdickungen. Diese

Kolben haben ovale, runde oder birnenähnliche Formen, sind entweder einzeln, oder in Gruppen von 2 bis 6 vorhanden. Besonders schön ist die Entwicklung von Sprossen, die sich zu einem kronleuchterähnlichen Gebilde vereinigen und oft als knäuelartige Gebilde sich zeigen. Die Endkolben entwickeln sich an einzelnen Stellen zu gröfseren Fruchtbehältern von 10—20 μ Durchmesser, die eine den Mäusefavussporen ähnliche körnige Masse beim Platzen austreten lassen.

Dieser Favuspilz scheint in allen Einzelheiten dem von QUINCKE als γ-Pilz beschriebenen zu entsprechen und halte ich dieselben aus folgenden Gründen für identisch: Das Wachstum und das makroskopische Aussehen ist fast dasselbe, während mikroskopisch die mehr rechtwinkligen Verzweigungen, die kolbenartigen Enden der Fäden, die kronleuchterähnlichen Gebilde und die Sporenträger sich genau gleichen.

Ich gehe nun zur Beschreibung des nächsten als Menschfavus 1 bezeichneten Pilzes über; da derselbe weder makroskopisch noch mikroskopisch mit oben beschriebenen Favuspilzen in eine Reihe gebracht werden kann, so bezeichne ich ihn deshalb als den Pilz III.

Das Wachstum ist folgendes: Schon am 4. Tage zeigt sich auf der Impfstelle eine kleine, mehlartige, weifse Fläche, welche sich, wie auch bei 2 und 4, langsam oberflächlich verbreitet, während der Pilz stark in die Tiefe wuchert, doch ist das Wachstum ein schnelleres als das des letzterwähnten, jedoch bedeutend langsamer als das des Mäusefavus. Auch hier ist die radienförmige Ausbreitung der Pilzfäden sehr schön zu erkennen, wie bei Mäusefavus, jedoch fehlt die gleichmäfsige, symmetrische Anordnung der Oberfläche und die konzentrischen Ringe. Die Oberfläche ist vielmehr höckerig und mit einem mehlartigen, grauweifsen Staube bedeckt, während sie bei 2 und 4 kalkartig erscheint. Die untere Fläche ist gelblich, ähnlich wie bei dem Mäusefavus, doch nicht so dunkel wie Menschfavus 2 und 4. Mikroskopisch erweist sich dieser Pilz als etwas gröfser im Breitendurchmesser der Hyphen; während die Mycelien von Mäusefavus einen Durchmesser 1,8 bis 4,0 μ haben, haben letztere fast konstant einen Durchmesser von 2,0 bis 5,0 μ. Sonst sind keine Unterschiede nachweisbar, da die korallenschnurartigen Verzweigungen der Hyphen und die rosenkranzartigen Ketten, welche ich zuerst als charakteristische Merkmale dieses Favuspilzes auffafste, auch bei den älteren Mäusefavuskulturen sich fanden. Aus verschiedenen Gründen jedoch müssen die beiden Pilze streng von einander geschieden werden, da einerseits das Wachstum des letzteren bedeutend langsamer ist, andererseits das makroskopische Aussehen charakteristische Verschiedenheiten zeigt. Die Fruchtträger sind deutlicher ausgeprägt und befinden sich häufig am Ende sehr langer, unverzweigter Fäden bis zu 200 μ Länge. Der blasen-

förmige Fruchtbehälter besitzt eine doppelt konturierte feine Membran und einen körnigen Inhalt. Die darin befindlichen Sporen haben eine ähnliche Gestalt und Farbe wie die beim Mäusefavus beschriebenen.

Nachdem ich nun überzeugt war, in dem mir übergebenen und von mir gezüchteten Material von Menschen- und Mäusefavus drei verschiedene Favuspilzarten nachgewiesen zu haben, setzte ich mich, behufs Vergleichung meiner Resultate, in schriftliche Verbindung mit den heutigen Favusforschern. Alle Kollegen, mit Ausnahme von Dr. KRAL, hatten die Güte, meine Anfragen zu beantworten und mir zum Teil ihre vorhandenen Kulturen oder Präparate zu senden, wofür ich ihnen hiermit meinen verbindlichsten Dank ausspreche. Leider schrieb mir Herr Prof. QUINCKE, dessen Kulturen für mich von besonderem Interesse waren, daſs dieselben eingetrocknet waren, doch würde er mir von den Kulturen des aufgefrischten Materials s. Z. gerne zur Verfügung stellen. Dr. FABRY hatte die Güte mir 5 mikroskopische Präparate von seinen Favuskulturen zu senden und Dr. MÜNNICH übersandte mir zwei ältere von ihm gezüchtete Favuskulturen. Leider waren die Herren Prof. GRAWITZ und Dr. BÖER nicht mehr im Besitze geeigneter Kulturen. Durch die Güte des Dr. EDDOWES in London kam ich in den Besitz von Favusmaterial, abstammend von der Leiche eines mit einem sich auf die behaarte Kopfhaut, die Nägel und den Oberschenkel erstreckenden Favus behafteten Mädchens. Es gelang mir leider nicht Kulturen aus den Borken und Haaren zu züchten, jedoch machte ich Schnittpräparate der erkrankten, fast schon geheilten Kopfhaut und der Nägel, welche die pathologischen Vorgänge in den vom Favus ergriffenen Geweben erklären. Auch Dr. VAN HOORN in Amsterdam sandte mir zu verschiedenen Zeiten Borken und Haare von favuserkrankten Personen; jedoch gelang es mir ebensowenig, wie aus dem vorhergenannten Material eine neue Aussaat zu gewinnen.

Impfungen.

Die nächste Aufgabe war, diese 3 Pilze, welche alle mit Wahrscheinlichkeit Favi waren, auf ihre Pathophorie zu prüfen und begann ich deshalb mit denselben folgende Impfungen:

Am 4. Dezbr. 1890 impfte ich auf meinen linken Vorderarm, sowie auf den linken Arm des Laboratoriumdieners K. den Mäusefavus; gleichfalls wurde eine schwarze Ratte mit demselben Pilz geimpft. Auf meinen rechten Vorderarm impfte ich meinen Pilz III, auf den Arm des K. Pilz II und auf eine zweite Ratte denselben Pilz.

Ich verfuhr auf folgende Weise bei den Impfungen. Die zum Impfen bestimmte Stelle wurde gründlich mit Spts. saponatus kalinus gewaschen, mit darauffolgender Abspülung mittelst Alkohol absol. Hierauf wurde ein Teil einer Reinkultur mit einem vorher geglühten Platinspatel

entnommen und gründlich in die gering behaarte Stelle eingerieben, ohne die Epidermis irgendwie zu verletzen. Die thalergroſse Impfstelle wurde mit einem kleinen Wall von Zinkleim umgeben, auf denselben ein Stückchen Seidenpapier gelegt und das ganze mit Zinkleim überstrichen. Diese von Dr. UNNA eingeführte Methode liefert insofern einen vorzüglichen Verband, als auſser dem nötigen Schutze vor äuſsern Insulten die natürlichen Bedingungen zum Wachstum des Pilzes erhalten bleiben. Der Verband wurde nicht entfernt, bis sich ein Gefühl von Brennen oder Jucken geltend machte.

Dasselbe stellte sich bei mir am 4. Tage ein und nach Entfernung des Schutzverbandes bemerkte ich, daſs die Umgebungen von 3 bis 6 Haarmündungen etwas erhaben und gerötet waren. Diese entzündlichen Erscheinungen verschwanden allmählich, und ich betrachtete deshalb die Impfung als erfolglos, namentlich da am 19. Dezbr. nichts sichtbar war als eine leichte gelbliche Verfärbung der Haut in der Umgebung der Haarfollikel. Ich beobachtete es daher nicht weiter, bis ich am Abend des 30. Dezbr., circa 4 Wochen nach der Impfung, von einem höchst intensiv juckenden Gefühl am Arme belästigt wurde und nun einen thalergroſsen, schön ausgebildeten herpes-tonsuransähnelnden Kreis wahrnahm. Der Rand, ungefähr $^3/_4$ cm breit, war tief gerötet und mit einzelnen, kleinen Bläschen mit trübem Inhalte bedeckt, während andere schon eingetrocknet waren und serös-gelbliche Krusten bildeten. Dieselben umgaben hauptsächlich die Haarmündungen und zeigten nach Abhebung derselben ein hirsekorngroſses, schwefelgelbes Centrum. Das Innere des Kreises war blaſsgelb, mit Schuppen bedeckt. Die mikroskopische Untersuchung der Haare ergab eine Durchsetzung des Haarschaftes in seinem Verlauf mit Hyphen und Sporen; auch die mit dest. Wasser zerriebenen, gelblichen Borken gaben den Befund von Favuspilzen. Am 28. Febr. war der so erzeugte Favus auf meinem Arm bis auf einen kleinen Rest spontan zurückgegangen. Auch der auf meinen rechten Oberarm in derselben Weise überimpfte Favus III zeigte ein ähnliches Verhalten, wie der eben beschriebene Mausfavus, nur daſs der so entstandene Favus herpeticus kaum die Gröſse eines Fünfzigpfennigstückes erlangte, während die herpetische Peripherie nicht so deutlich ausgeprägt war. Die Untersuchung der Haare ergab denselben Befund.

Die beiden Impfungen auf die Arme von K. verliefen, auſser einer nur 4tägigen kleinen entzündlichen Reizung der Epidermis resultatlos, sowie auch die der beiden Ratten, welche, wahrscheinlich durch plötzlich eingetretene Kälte, umgekommen waren.

Am 23. Januar impfte ich unter den oben erwähnten Kautelen vier Stellen auf meiner Brust und dem Abdomen mit den II u. III des Mensch-

favus von Kulturen meiner Favusformen und zwar wie folgt: Links oben und links unten Form III; rechts oben und rechts unten Form II.

Am 30. Januar überimpfte ich die verschiedenen Favuskulturen auf eine Anzahl Mäuse und zwar den Mäusefavus oder Favus I auf 4 weifse und eine gefleckte graue Maus. Die Impfung wurde hinter den Ohren gemacht, nachdem zuvor die Haut etwas wund geschabt wurde, ohne jedoch eine Blutung zu verursachen. Das Resultat war folgendes: Bei einer weifsen Maus zeigte sich im Verlauf von 5 Tagen ein schön ausgebildetes gelbes Skutulum von der Gröfse einer kleinen Erbse; bei den übrigen Mäusen verheilten die kleinen Erosionen, ohne weitere Entwicklung von Favus.

Aufserdem impfte ich auf drei weifse Mäuse und eine schwarze Maus mit den von meinem l. Arm gewonnenen Kulturen von Mäusefavus. Bei den weifsen Mäusen verlief die Impfung resultatlos, jedoch bildeten sich am 4. Tage hinter dem Ohr der schwarzen Maus zwei nebeneinanderliegende deutliche Skutula aus. Es war mir somit gelungen den Cyklus von Maus- und Menschfavus zu schliefsen. Um kurz denselben zu wiederholen: 1. aus den Borken einer mit Favus behafteten Maus wurde eine Reinkultur gezüchtet. 2. die mit dieser auf meinen Arm überimpfte Kultur ergab einen Favus herpeticus. 3. aus den Haaren und Borken dieses Favus herpeticus gewann ich wiederum eine Reinkultur, welche, nun auf die schwarze Maus überimpft, einen Favus erzeugte.

Die Impfung von Favusform II auf drei weifse und eine graue Maus blieb negativ. Jedoch gelang mir die Überimpfung von Kulturen des Menschfavus III auf eine der drei weifsen Mäuse.

Die Impfungen von Favus II auf Mensch und Tier blieben resultatlos. Hiernach kann ich mit Bestimmtheit behaupten, dafs mein Favus I (Mäusefavus) und mein Favus III (Menschfavus) für Mensch und Maus pathofor ist.

Ehe ich zu meinen Schlufsfolgerungen übergehe, wird es angezeigt sein, ein kurzes Resumé derjenigen Formen, welche nach längerer Beobachtung sich als wirklich verschieden erwiesen, zu geben und dieselben mit den bisher bekannten Favuskulturen zu vergleichen. Aus den 6 ursprünglichen Favuspilzen, 4 Menschenfavi und 2 Mäusefavi, erhielt ich drei Formen, deren Charakteristika ich mit folgenden kurzen Worten beschreibe.

1.) Beide Mäusefavi. Das Wachstum beginnt schon am 2. bis 3. Tage, ist oberflächlich und daselbst federweifs, der Rand der Kolonie strahlenförmig angeordnet, die untere Fläche dunkelgrau ins Gelbliche schimmernd. Durchmesser der Hyphen 1,8 bis 4 μ mit lang gestrecktem Verlauf und spitzwinkliger Verzweigung.

2.) Pils II und IV von Menschenfavus, welche als identisch sich erwiesen. Wachstum bedeutend langsamer, breitet sich nicht sehr auf der

Oberfläche aus, sondern geht sofort in die Tiefe, Kolonieen, namentlich ältere mit kreideartigem Belag, untere Fläche tiefgelb ins Bräunliche schimmernd. Durchmesser der Hyphen 2,0 bis 5 μ, der Verzweigung kurz und rechtwinklig, die Endigungen kolben-, birnförmig und kronleuchterartig.

3.) Pilze I und III von Menschenfavus, gleichfalls identisch. Wachstum langsamer als Mausfavus, rascher als zuletzt beschriebener, Rand der Kolonie mehr wolkig als strahlig. Oberfläche mehlig, untere Fläche tiefgelb. Durchmesser der Hyphen 2,5 μ bis 5,0 μ, mikroskopisch in anderen Beziehungen dem Mäusefavus ziemlich gleich.

Eine Vergleichung der drei oben erwähnten Favuspilze mit den Kulturen anderer Forscher oder der Beschreibung derselben ergibt folgende Resultate:

a) Quincke. Die von diesem Forscher aufgestellten zwei Pilzformen stimmen mit zwei meiner Klturen überein, indem mein als II und IV beschriebener Favuspilz Quinckes γ-Pilz entspricht und mein Mäusefavus ziemlich genau mit Quinckes α-Pilz übereinstimmt. Keine seiner beschriebenen Formen paſst auf meinen Pilz III.

b) Grawitz. Die Beschreibung des von Grawitz gezüchteten Pilzes läſst deutlich erkennen, daſs sein Pilz mit meinen II und IV, und Quinckes γ übereinstimmt, welcher überhaupt der am meisten verbreiteste Favuspilz zu sein scheint. Er gibt an, daſs der Pilz meist in linsengroſsen, rundlichen Herden wächst, später ein trockenes, weiſses oder strohgelbes Zentrum annimmt, und dadurch eine Ähnlichkeit mit den Scutulis der an Favus erkrankten Haut gewinnt.

c) Fabry benutzte zu seinen interessanten Impfungen einen von ihm gezüchteten Pilz, welchen er als identisch mit Quinckes γ erklärt und der demnach meinen Formen II und IV entspricht. Die Untersuchung der mir gütigst von Herrn Dr. Fabry übersandten mikroskopischen Präparate, welche die charakteristischen Formen des Quinckeschen γ Pilz zeigten, berechtigen auch mich zu dieser Annahme.

d) Münnichs Kulturen stimmen genau mit den von Grawitz beschriebenen überein, doch lassen seine photographischen Abbildungen vermuten, daſs auch er verschiedene Formen von Favuspilzen vor sich hatte. da er auſser den Quinckeschen Makrogonidien die Mycelfäden des α Pilzes vorführt, doch leider ohne mikroskopische Messungen der Hyphen vorgenommen zu haben. Ich war leider nicht imstande, die zwei von Dr. Münnich übersandten Favuskulturen zu Züchtungszwecken verwenden zu können, da dieselben eingetrocknet waren. Jedoch fand ich bei der mikroskopischen Untersuchung der Kultur eine vollständig übereinstimmende Ähnlichkeit mit Quinckes γ und meinem II, so daſs ich sie für identisch halten muſs. Ich fand jedoch nicht die Formen, wie er sie in

seinen photographischen Bildern, Fig. 1 und 2 auf Tafel III, geschildert hat; dieselben entsprechen den Formen von Quinckes α, vielleicht Boers Mäusefavus und meinem Favus I Pilz.

e) Jadassohn in seiner Demonstration von Favuskulturen (*Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft*, 1889) gibt an, dafs sein gezüchteter Favuspilz mit dem γ Pilz Quinckes, sowie mit dem von Grawitz beschriebenen übereinstimmt.

f) Verujski in seiner Untersuchung über Trichophyton und Favus (*Annales de l'Institute Pasteur*) erläutert dieselbe mit zwei photographischen Aufnahmen von Favuskulturen in Reagenzgläsern, dieselben am 17. und am 42. Tage des Wachstums darstellend, welche makroskopisch identisch mit meinem Pilz II sind.

g) Die von Elsenberg beschriebenen Varietäten I und II des Favuspilzes sind mikroskopisch übereinstimmend. Jedoch erinnert seine Varietät I sehr an Quinckes α-Pilz, mit Ausnahme der von Quincke beobachteten Makrogonidien. Varietät II ähnelt Quinckes γ, meinem Pilz II im Wachstum; auch mikroskopisch scheinen sie identisch zu sein.

Kral (*Verhandlungen der dermatologischen Gesellschaft*, Prag 1889) in seinen Mitteilungen über Hautmikrophyten, demonstriert 6 Kulturen, welche er aus den Borken und Haaren von Favuserkrankten rein gezüchtet hatte. Seine Fadenpilze I und II entstammten derselben Person, jedoch zu verschiedenen Zeiten; die Pilze III, IV, V und VI gleichfalls aus einem anderen Falle, aus Borken und Haaren zu verschiedenen Zeiten gezüchtet. Leider vermissen wir in der Darstellung von Kral eine ausführliche Vergleichung mit demjenigen Pilz, welchen er als Achorion erklärt. Die tabellarische Übersicht genügt nicht, da die Ausdrücke der Tabelle zu kurz gefafst sind, um eine genaue Vergleichung vorzunehmen mit solchen Pilzen, die andere Autoren aus Favuskrusten gewonnen haben, und es ist daher kaum möglich über die Identität oder Nichtidentität der Favuspilze andrer Forscher mit den von Kral als bedeutungslos hingestellten 6 Schimmelpilzen zu einem sichern Schlufs zu kommen. Da Kral selbständig keine Übertragungsversuche mit seinen Kulturen vorgenommen hat, so ist es unersichtlich, weshalb er schliefslich einen bestimmten Pilz als Achorion bezeichnet; jedenfalls finden sich in seiner Arbeit keine Gründe dafür angegeben. Wir sind deshalb darauf angewiesen, die Gründe für eine solche Sonderstellung eines Pilzes in der Arbeit von Pick zu suchen, welche bestimmt ist, die Kralsche Arbeit nach der pathologisch-klinischen Seite zu ergänzen. Wenn die Reinzüchtung von Kral irgendwelche nosologische Bedeutung beanspruchen sollte, so mufste sie hier durch die Arbeit von Pick notwendig zu einem Ganzen abgeschlossen werden.

Wir lesen nun in bezug hierauf in der Arbeit von Pick (*Untersuchungen über Favus*, 1891) Folgendes:

„Das Resultat derselben (d. h. der Züchtungsversuche von Kral) war die Isolierung von nicht weniger als 6 verschiedenen Schimmelpilzen aus den Krankheitsprodukten bei Favus und drei verschiedenen Schimmelpilzen aus Schuppen bei Ekzema marginatum. Diese, in botanischer Beziehung recht interessanten Ergebnisse hatten indes keine pathologische Bedeutung, da eine experimentelle Prüfung der Pilze bezüglich ihrer Pathogenität nicht vorgenommen wurde. Aber es haben diese Versuche Gelegenheit gegeben, einerseits die Thatsache festzustellen, dafs bei Favus eine wohl unbegrenzte Zahl von Schimmelpilzen in enger Gemeinschaft vegetieren, wurden doch aus Haaren und Schuppen eines einzigen Favuskranken nicht weniger als 4 Pilze gezüchtet; andererseits liefsen diese Versuche die Fehler erkennen, welche bei den bis dahin angewendeten Kulturversuchen unterlaufen sind."

Um zu wissen, dafs bei allen Hautkrankheiten und speziell bei Favus eine grofse Reihe nichtpathophorer Schimmelpilze in den Schuppen vorhanden sind, dazu bedurfte es nicht der Untersuchung von Kral und der Richtigstellung früherer Untersuchungsresultate vonseiten Picks; das wufsten alle Forscher, die sich mit dieser Untersuchung beschäftigt hatten und aus den Bemühungen, diese harmlosen Schmarotzer im Gegensatz zu den wahren Parasiten kennen zu lernen, ist unter anderem die Flora dermatologica in dieser Zeitschrift hervorgegangen.

Anstatt sich an die Aufgabe zu machen, die des Favus nun verdächtigen Pilze durch Übertragungsversuche sämtlich auf ihre Pathophorie zu prüfen, zieht Pick es vor, sie im allgemeinen und ohne wirklichen Grund für Verunreinigung zu erklären. Es ist selbstverständlich, dafs Forscher wie Quincke, Grawitz, Fabry u. s. w., die sich die Mühe gegeben hatten, ihre Kulturen sämtlich auf ihre pathophore Wirksamkeit zu prüfen, durch dieses apodiktische Urteil Picks über die bisherigen Favusarbeiten wenig überzeugt sein werden. Ehe Pick sich nicht die Mühe geben wird, alle ihm unschuldig scheinenden Pilze auf Menschen und Tiere zu übertragen, und er, neben sonst rein negativen Resultaten immer nur von ein und demselben Pilz positive erhält, können wir seiner Verteidigung einer einheitlichen Ätiologie des Favus keine Bedeutung zuerkennen. Soviel zur Charakteristik der negativen Seite von Picks Untersuchung.

Was die positive betrifft, so beschreibt Pick einen Pilz von Kral, der als aus Favus gezüchtet ebenfalls verdächtig war, Achorion (nach Pick: das einzige Achorion) zu sein. Hier lieferten die Übertragungsversuche ein positives Resultat, und es ist hier durch Picks Übertragung sicher gestellt, dafs wir es mit einem Achorion zu thun hatten. Fraglich ist es nur, ob sich der Pilz nach seinen morphologischen und kulturellen

Charakteren scharf von den bisher bei Favus gezüchteten und beschriebenen Pilzen, wie PICK es behauptet, unterscheidet.

Da wir noch eine ausführliche Beschreibung von KRAL zu erwarten haben, so wird sich herausstellen, ob das Urteil von PICK berechtigt ist, dafs es sich um einen besonderen Favuspilz handelt. Wenn dies der Fall, so wäre die Konsequenz, dafs wir heute schon 3 resp. 4 wahre Favuspilze zu unterscheiden hätten, nämlich 4, falls es sich durch neue und positive Überimpfungsversuche herausstellen wird, dafs QUINCKES γ-Pilz, mein zweiter Favuspilz, wirklich Favus erzeugt. Mir persönlich ist es bisher nicht gelungen, sondern nur durch Überimpfung der andern beiden Favusarten. Aber ich nehme keinen Anstand, auch diesen als wirklichen Favuspilz zu bezeichnen und zwar aus zwei Gründen. Erstlich ist es gerade dieser Pilz, welcher von den meisten neueren Forschern (QUINCKE, GRAWITZ, FABRY, MÜNNICH, JADASSOHN, VERUJSKI, ELSENBERG, UNNA, v. SEHLEN) in Favusborken gefunden wurde und sodann ist GRAWITZ, QUINCKE und FABRY eine positive Übertragung derselben gelungen, woran zu zweifeln ich keinen Grund habe.

Wenden wir uns nun zu der Beantwortung der anfangs gestellten drei Fragen.

1. Gibt es verschiedene Favi der Menschen, resp. der Tiere oder nur einen?

Diese Frage mufs ich infolge der positiven Resultate meiner Kulturen und Impfversuche in ersterem Sinne bejahen, obgleich ich es nicht für thunlich halte, eine scharfe Grenze in dem Sinne zu ziehen, dafs eine bestimmte Form des Favuspilzes nur dem Menschen oder aber nur dem Tiere eigentümlich sei, da auch andere Forscher mit mir die Möglichkeit einer Übertragung der Favusarten von Mensch auf Tier und vice versa bewiesen haben. Doch bleibt es späteren Versuchen vorbehalten zu prüfen, inwiefern vielleicht ein bestimmter Favuspilz in dominierender Weise bei einer Tierspecies oder beim Menschen vorkommt. Jedenfalls glaube ich bewiesen zu haben, dafs die Möglichkeit einer Übertragung von Mausfavus auf Mensch nicht in Abrede gestellt werden kann, eine Thatsache, die hygienisch von grofser Tragweite ist.

2. Falls nur ein Pilz der richtige ist, welcher ist als solcher zu betrachten?

Nach den Resultaten dieser Arbeit ist es ganz klar, dafs es verschiedene Arten von Pilzen gibt, welche aus klinisch als Favus imponierender Erkrankung gezüchtet sind und deren Reinkulturen wiederum entweder schwefelgelbe Scutula oder das klinisch bekannte herpetische Vorstadium des Favus erzeugen können. Wer lediglich Wert auf die klinische Diagnose des Favus legt, wird daraus schliefsen, dafs es verschiedene

Species der Gattung Achorion gibt; wer dagegen mit dem alten Namen Achorion, der zu einer Zeit aufgestellt wurde, als von Reinzüchtung eines Pilzes noch nicht die Rede war, in unserer Zeit wiederum nur eine der in Betracht kommenden Pilzspecies auszeichnen möchte, der wird diese Diagnose abhängig machen müssen von dem genaueren botanischen Studium der in Frage stehenden Pilze. Stellt es sich hierbei heraus, dafs diese sämtlich in Form und Gröfsenverhältnissen, in ihrer Fruktifikation, in ihrem Wachstum auf künstlichen Nährböden und sonstigen biologischen Eigenschaften sich so nahe stehen, wie sonst die Species einer Pilzgattung (rein botanische Frage), so hat man es eben mit verschiedenen Species der Gattung Achorion zu thun. Zeigt es sich hingegen, dafs dieselben botanisch nicht gut unter einer Gattung sich vereinigen lassen, dann tritt erst die Notwendigkeit heran, einen einzelnen Pilz unter dem Namen Achorion Schönleinii fortzuführen; denn an eine Ausmerzung dieses alten Namens wird man bei der grofsen historischen Bedeutung desselben für die gesamte Dermatologie wohl nicht denken wollen.

3. Im Falle nur einer von den verschiedenen, bisher als Favus beschriebenen Hyphomyceten der richtige ist, welcher Pilz ist als solcher zu betrachten?

Diese Frage erledigt sich durch das Bisherige einfach dahin, dafs man in Zukunft immer nur klinisch von einer Favuskrankheit spricht und es den Züchtungsresultaten anheimstellt zu erkennen, welche bestimmte Form des Favus im Einzelfalle vorliegt.

Für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit, sowie die mannigfaltige, liebenswürdige Unterstützung mit Rat und That seitens meines hochverehrten Lehrers Herrn Dr. Unna sage ich diesem hiermit meinen verbindlichsten Dank.

Versammlungen.

Russische Dermatosyphilidologische Gesellschaft in St. Petersburg.

(Sitzung vom 26. Januar 1891.)

(*Wratsch* 1891, Nr. 5.)

Dr. J. J. Antz gibt eine vorläufige Mitteilung über seine zur Dissertation bestimmte Arbeit „**Untersuchungen über die morphologischen Veränderungen des Blutes bei Syphilis.**“ Nach einer Übersicht über die dabei angewandten Instrumente zur Zählung der Blutkörperchen, Bestimmung des Hämoglobingehaltes etc. geht er zu seinen Resultaten über. Die Veränderungen bestanden auf der Höhe des Syphilisprozesses in einer Gröfsenzunahme der roten Blutkörperchen (globules géants Hayems) und einer Verminderung ihrer Zahl; beim Zurückgehen der luetischen Symptome, ebenso wie bei der Rekonvalescenz von anderen Krankheiten, in einer Vermehrung

der kleinzelligen Elemente (globules naints Hayems); aufserdem in einer Poikilocythose. Bei der Primärinduration zeigten sowohl der %Gehalt des Hämoglobins, als auch die Anzahl der roten und weifsen Blutkörperchen nur geringe Abweichungen von der Norm. Mit Auftreten der Exantheme nach geringem Ansteigen der Körpertemperatur sank der Hämoglobingehalt im Mittel um 19—20 %, von 95 auf 75 %; ebenso fiel die Anzahl der roten Blutkörperchen um 1 %. Die Anzahl der weifsen Blutkörperchen stieg um 8700—8800 im Kubikmillimeter. Das Körpergewicht fiel. Mit den weiteren syphilitischen Erscheinungen sank auch der Hämoglobingehalt u. zw. in höherem Grade, als die Zahl der roten Blutkörperchen sank. Es trat darauf die syphilitische Anämie auf, zugleich eine beträchtliche Zunahme der weifsen Blutkörperchen unter zunehmendem Fallen des Körpergewichts. Darauf eine Besserung aller Erscheinungen, die durch Hg noch unterstützt wurde, Ansteigen des Hämoglobingehalts, der roten Blutkörperchenanzahl und eine Abnahme in der Zahl der weifsen.

Die Blutuntersuchungen ergaben, dafs die Besserung im Zustande des Blutes eingeleitet werde durch die Zunahme der weifsen Blutkörperchen, darauf erst kommt es zum Steigen des Hämoglobingehalts und der roten Blutkörperchen und schliefslich zur Abnahme der weifsen Blutkörperchen, und zwar treten diese Veränderungen auf, während noch Exanthem etc. auf der Haut bestehen. Was die qualitative Veränderung der Blutkörperchen betrifft, so ergab sich schon von Anfang an eine Verminderung des %Gehalts der mehrkernigen Zellen, eine Vermehrung der Übergangsformen und der einkernigen und der sogen. eosinophilen Körperchen. Mit dem Fortschreiten des Prozesses nahm die Verarmung des Blutes an mehrkernigen Zellen noch mehr zu, unter proportionaler Zunahme der anderen oben genannten Elemente, namentlich der eosinophilen. Mit Besserung der Krankheit kehren auch die mehrkernigen Blutzellen wieder zur Norm zurück. Am stärksten ist die Vermehrung der Lymphocyten während der Anschwellung der Lymphdrüsen zu bemerken. Verfasser hat nur Vergröfserung der eosinophilen Zellen beobachtet und zwar in allen Stadien der Lues, was nach Ehrlich auf lang andauernde Erkrankung des Organismus schliefsen läfst, während neutrophile und basophile Eigenschaften des Zellprotoplasmas nicht beobachtet wurde; da die Zellen mit eosinophilem Protoplasma zu der sogenannten (Ehrlich) myelogenen Gruppe gehören, so schliefst Verfasser, dafs auch während der Syphilis das Knochenmark eine vermehrte blutbildende Thätigkeit entwickelt; da die vom Verfasser genannten Veränderungen des Blutes (Verminderung der roten Blutkörperchen und des %Gehalts an Hämoglobin) auch bei sonstigen mit Fieber einhergehenden Krankheiten zur Beobachtung kommen, je nach der Höhe des letzteren, dieses aber bei der Syphilis sich nur in sehr geringen Grenzen hält, so glaubt Verfasser diese Veränderungen weniger dem Fieber als anderen Faktoren, wahrscheinlich dem specifischen Gifte, zuschreiben zu müssen. Anknüpfend an die Anämie erinnert Verf. an die vorzügliche Wirkung des Jodeisensyrups. Was die Zahl der Hayemschen Hämatoblasten und der Bizzozeroschen Plättchen anbetrifft, so sinkt dieselbe während des Exanthems und der Anämie, wie auch bei anderen Blutanomalien; damit hängt auch wohl die von Hayem beobachtete geringere Gerinnungsfähigkeit des Bluts bei Syphilitikern zusammen. *Kroug-Hungerburg-Narwa.*

Tabelle zur WICKHAMschen Veröffentlichung aus dem Hôpital Saint-Louis.

(Vgl. S. 224 ff. dieser Zeitschrift.)

Diagnose.	Impfungen Zahl, Datum, Dosen.	Die wichtigsten Erscheinungen des Reaktionsstadiums.	Örtliche Reaktion.	Symptome im weitern Verlauf.	Erfolg der Behandlung.
1. W. 50 J. Lupus vulgaris der Wangen und des Kinns seit 37 J. bestehend, mit einem, seit Jahresfrist bestehenden Epitheliom im Narbencentrum. (Abteil. v. E. VIDAL).	Eine Einspritzung von 0,002.	Starke Reaktion, äufserste Erschöpf. Lungenkongestion. Hämaturie; sieben Tage andauernde Albuminurie. — Die Behandlung wegen Befürchtung für das Leben nicht fortgesetzt.	Sehr kräftig, namentlich im Bereich des Epithelioms, welches allein ulcerierte.	—	Keiner.
2. W. 25 J. L. vulg. der Wangen und des link. Ohres seit 5 J. Narben früherer Behandlung. (Abteil. v. E. VIDAL).	Zwei Einspritzungen von je 0,002 mit 10 Tgn. Zwischenraum.	Hochgradigste Reaktion; Temp. 40,6°. Prostration, Subdelirien, heftiger, 4 Stunden anhaltender Schüttelfrost. Dyspnoe, Lungenkongestion, Milzschwellung, Hämaturie; acht Tage dauernde Albuminurie. Papillöser Ausschlag u. s. w. Behandlung wegen der bedenkl. Erscheinungen abgebrochen.	Stark, erysipelasartig, zum Teil auch die gesunde Umgebung erfassend.	—	Keiner.
3. W. 21 J. L. vulg. des Gesichts, d. Wangen, der Nase und Nasenhöhle und der Oberlippe seit 6 J. bestehend. Narben früherer Behandlung. (Abteil. von VIDAL u. BESNIER).	Vom 3. Dez. 1890 bis 26. Jan. 91 acht Einspritzungen zu ½ bis 1½ mgr. Bei der 8. Einspritzung (0,0015) stieg die Temperatur auf 39°.	Allmälig steigende Reaktion. Bei der 4. Injektion erhob die Temp. sich noch auf 40,7°. Albuminurie bei den beiden ersten Einspritzungen. Prostration und lebhaftes Unbehagen.	Heftiges Erysipeloid bis zur 5. Einspritz. das aber bis zur 8. fast ganz verschwunden ist.	Anämie. Gewichtsverlust von 6½ Kgr.	Geringe Besserung. Tuberkel überall in der Narbe sichtbar. Der Nasenhöhlen-Lupus unvernarbt.

4. W. 16 J. L. vulg. in der Mitte des Gesichts, Nase, Nasenhöhle, Oberlippe. Bestand seit 6 J. (Abteil. von Vidal u. Besnier).	Vom 4. Dez. 90 bis 26. Jan. 91. 11 Einspritzungen von ½ bis 4mgr. Ausbleiben der örtlichen Reaktion von der 7. Einspritzung an.	Höchste Temp. 40,1° bei der 3. Einspritz. (0,002). Nervöse Störungen von aufserordentlicher Heftigkeit. „Epigastralgie angineuse“ 24 Stund. andauernd. Albuminurie bei der dritten Einspritzung.	Mäfsig; von der 7. Einspritzung an fast verschwindend.	—	Geringgradige Abschwellung der erkrankt. Teile. Keine Narbenbildung des Nasenhöhlen-Lupus. Deutliche Tuberkel in der ganzen Ausdehnung der Neubildung.
5. W. 29 J. L. vulg. dissem. nodul. des Gesichts-Centrums u. der Nasenhöhlen. Bestand seit 2 J. Vorher noch nicht behandelt. Reiner Typus eines tuberkulösen Lupus. (Abteil. v. E. Besnier).	Vom 4. Dez. 90 bis 26. Jan. 91. 10 Einspritzungen v. 2—5 mgr. Vollkommene Gewöhnung bei der 9. Einspritzung. Bei d. 10. Injektion sinkt die Temp. auf 36° u. steigt nicht wieder über 37°.	Höchste Temp. 40° bei der 6. Einspritzung. Bei jeder Einspritzung, trotz Unversehrtheit der Lungen, heftige Krampfhusten-Anfälle. Lungenkongestion. Allgemeiner Rheumatismus von 24—48stündiger Dauer. Nachlafs der Erscheinungen erst bei der 9. Einspritzung.	Lebhafte örtliche Einwirkung. Erysipeloid, später Erythem und Nasenausfluſs. Vermehrung der auf einigen vereinzelten Tuberkeln befindlichen Krusten.	—	Fast kein Erfolg. Nach Ablauf der Periode d. postfebrilen Anämie blieb auch von d. Abschwellung des Lupus nichts nach, und die Tuberkel zeigen heute wieder ihr altes Aussehen.
6. W. 28 J. L. vulg. d. Gesichts-Centrums im Zustand völliger Vernarbung u. offenbarer Heilung nach Skarifikationen und Galvano-Kauterisationen. Bestand seit 3 J. (Abteil. von Vidal u. Besnier).	Vom 8. Dez. 90. bis 26. Jan. 91. 10 Einspritzungen von 1 bis 6 mgr. Reaktionslosigkeit von der 9. Einspritzung an (0,005).	Höchste Temp. 39,4° bei der 4. Einspritzung. Geringgradige Allgemein-Reaktion. Rasch. Kopfschmerzen.	Ziemlich beträchtl.	Gewichtsverlust von 5 kgr.	Ganz geringfügige Besserung.

Tabelle zur WICKHAMschen Veröffentlichung aus dem Hôpital Saint-Louis.

Diagnose.	Impfungen Zahl, Datum, Dosen.	Die wichtigsten Erscheinungen des Reaktionsstadiums.	Örtliche Reaktion.	Symptome im weitern Verlauf.	Erfolg der Behandlung.
7. W. 23 J. L. vulg. d. Nase, d. Wangen, d. Oberlippe u. s. w. im Zustand gänzl. Vernarbung u. Heilung nach Skarifikationen. Einzelne Tuberkel in der Narbe und deren Umgebung allerdings noch vorhanden. (Abteil. v. E. Besnier).	Vom 8. Dez. 90. bis 26. Jan. 91. 11 Einspritzungen von 2 bis 6 mgr. Reaktionslosigkeit bei der 9. Einspritz. (0,0035).	Höchste Temp. 40° bei der 8. Einspritz. Herzklopfen, Dyspnoe, Brechen, skarlatinöser Ausschlag.	Anfangs recht ausgesprochen, aber schnell wieder nachlassend.	Gewichtsverlust von 2 kgr.	Während der Dauer der Einspritzungen entwickelten sich die in der Narbe bereits vorhandenen Tuberkel weiter, und zwar mindestens ebenso schnell, wie wenn sie sich selber überlassen geblieben wären.
8. W. 50 J. L. vulg. der Nase, der Nasenscheidewand, d. Oberlippe. Bestand seit 7 J. forwährende Recidive u. langs. fortschreitende Zerstör. (Abteil. v. E. Besnier).	Vom 3.—26. Jan. 91. 7 Einspritzungen von 1/2—2 mgr. Fast völl. Reaktionslosigkeit bei d. 7. Einspritzung (0,002).	Höchste Temp. bei d. 4. Einspritzung mit 0,0015. Geringe Allgemein-Reaktion abgesehen von den gewöhnlichen Fiebersymptomen.	Ziemlich lebhaft. Erythem. Nasenausfluſs. Vermehrung d. Krusten.	Plötzliche Entstehg. einer Pharynx-Tuberkulose. Nach jeder Einspr. Pharyngitis post. mit Geschwürsbildung. 4 kg Gewichtsverlust.	Besserung; d. Nasenatmung wird freier. Deutliche Neigung zur Vernarbung.
9. W. 30 J. L. vulg. des l. Vorderarms mit vielen frischen Herden. Bestand seit 10 Jahren. (Abteil. v. Fournier).	Vom 12. Dez. 90. bis 10. Jan. 91. 5 Einspritzungen v. 0,002 bis 0,004. Ausbleiben der örtlichen Reaktion von der 3. Einspr. an.	Höchste Temp. 39°. Heftiger skarlatinöser Ausschlag. Bei jeder Einspritzung Brechen. Starke Kopfschm. Systolisches Geräusch an der Herzspitze u. s. w.	Örtliche Reaktion nach d. beiden ersten Einspr. sehr deutlich; allgem. Abschwell. bleibt aber nach der 3. fast ganz u. nach d. 4. gänzl. fort. Dabei starkes subjektives Unbehagen u. allerlei Sympt. Die Kranke ist entmutigt u. verzicht. auf die weit. Behandl.	—	Keiner.

10. W. 19 J. L. vulg. der Nase, der Nasenflügel, der Wange. Teilw. Vernarbung infolge früherer Behandl., aber immerwährende Nachschübe. Bestand seit 3 Jahren. (Abteil. v. FOURNIER).	Vom 12. Dez. 90. bis 26. Jan. 91. 8 Einspritzungen von 2 bis 4 mgr. Duldsamkeit bei der 8. Einspritz.	Höchste Temp. 39°. Verschiedene Symptome bei jeder Einspritzung. Starke Kopfschmerzen, Schwindel, hochgradige Erschlaffung. Wadenkrämpfe; skarlatinöser Ausschlag; Leibschmerzen; Krampfhusten, Lungenkongestion mit subkrepitierendem Rasseln. Heftiger Schmerz in der Fossa iliaca sin. Starke Ohrenschmerz.; eitriger Ohrenfluſs, der 48 Stnd. andauert u. dann spurlos verschwindet.	Lebhafte örtliche Reaktion unter starken Schmerzen, „die heftiger sind, als beim Kauterisieren". Anschwellung. Nasenausfluſs. Krustenbildung; peripheres Erythem.	—	Die nach den ersten Impfungen erzielte Besserung hält an. Die Tuberkel und Krusten bleiben bestehen.
11. M. 19 J. Polyadenopathia tuberculosa submaxillaris, axillaris, supra clavicularis. Vereiterte tuberkulöse Hautgummata. (Abt. von VIDAL und BESNIER).	Vom 18.—22. Dez. 1890 zwei Einspritz. von ½—1 mgr.	Erste Einspritzung (½ mgr). Höchste Temp. 39,3°. Kein Rash. Geringes Unbehagen. Zweite Einspritz. (1 mgr). Höchste Temp. 38,9°. Subkrepitierende Rasselgeräusche auf beiden Lungenspitzen, namentlich aber links, obschon die Auskultation vorher nichts Abnormes ergeben hatte.	Die Achseldrüsen fingen nach der 2. Einspritzung zu schmerzen an und im Drüsenpacket rechts entwickelte sich nach 5 Tagen eine phlegmonöse Entzündung, die die Überführung des Kranken auf die chirurgische Abteilung nötig machte.	Phlegmone der Achselhöhle.	Keiner.
12. M. 11 J. L. disseminatus, verruköse Form, an verschiedenen Punkten der Unterextremitäten. Entzündung des Metatarso-phalang.-Gelenks der l. groſsen Zehe. Die Krankheit besteht seit 2 J. R. Lungensp. verdächt. (Abteil. v. VIDAL und BESNIER).	Vom 30. Nov. 90. bis 3. Jan. 91. 5 Einspritzungen von 1 bis 2 mgr.	Höchste Temp. 40,2°. Starke Allgemein-Reaktion; Erscheinungen abseiten der r. Lunge ziemlich heftig. Lebhafte Schmerzen in der r. Schulter u. im Metatarso-phal.-Gelenk der r. groſsen Zehe (Stellen, an denen vorher nichts Krankhaftes bemerkt worden war). Schmerzen und Schwellung der r. Schulter. Starker Verfall. Anaemie.	Anfangs schienen die lupös erkrankten Teile zu reagieren. Im Grunde blieben sie aber unverändert.	—	Keiner.

Tabelle zur WICKHAMschen Veröffentlichung aus dem Hôpital Saint-Louis.

Diagnose.	Impfungen Zahl, Datum, Dosen.	Die wichtigsten Erscheinungen des Reaktionsstadiums.	Örtliche Reaktion.	Symptome im weitern Verlauf.	Erfolg der Behandlung.
13. M. 16 J. L. tubercul. generalis des Gesichts, seit 7 J. bestehend, im Zustand allgemeiner Vernarbung nach vorgäng. Galvano-Kauterisat., aber noch mit vielen Tuberkeln in d. Maschen d. Hautnarbe. (Abteil. v. VIDAL u. BESNIER).	Vom 5. Dez. 90. bis 3. Jan. 91. 4 Einspritzungen von 1½ bis 2 mgr.	Höchste Temp. 39,8°. Albuminurie nach der ersten Einspritzung, 48 Stnd. anhaltend. Rauhes Atmen auf beiden Lungenspitzen nach jeder Einspritzung. Ohnmachtsanfall nach der Reaktion.	Örtlich sehr gering, ganz ähnlich der Reaktion nach spontanem Pseudo-Erysipel, das bei diesem Patienten sich häufig einstellt.	—	Keinen.
14. M. 21 J. L. ulcerosus der Nase u. des Gaumensegels. L. laryngealis; L. disseminatus d. Extremit. (Abteil. v. E. BESNIER).	Vom 8. Dez. 90. bis 26. Jan. 91. 9 Einspritzungen von ½ bis 3½ mgr.	Höchste Temp. 39,6°. Dyspnoe, Brechen, papulöser Ausschlag. Husten ohne objektive Lungensymptome. Verstärkung eines schon verhandenen Mitral-Geräusches.	Örtliche Reaktion mäfsig, gleichzeitig die Haut u. Schleimhauttuberkulose ergreifend.	Verstärkung eines Mitral-Geräusches.	Der Hautlupus bleibt unbeeinflufst. Besserung der Kehlkopferkrankung.
15. M. 24 J. L. verrucosus tuberc. des Rückens u. d. r. Hand. (Abt. v. E. BESNIER).	Vom 1. Dez. 90. bis 10. Jan. 91. 6 Einspritzungen v. 2 bis 3 mgr.	Höchste Temp. 40°. Verspätete, aber heftige Allgemein-Reaktion mit beträchtlichem Verfall. Papulöser Rash. Mäfsige Bronchial-Kongestion. Husten.	Örtl. immer nur schwach. Vermehrte Neigung zum Vernarben. Kleinerwerden der Neubild.	Gewichtsverlust 5 kg.	Augenscheinl. Verbesserung, aber Bestehenbl. von Lupusknot. innerh. d. Narbe.
16. M. 30 J. L. vulg. faciei seit 22 J., teilweise vernarbt. Tuberculosis verrucos. der Vorder-Innenfläche des l. Vorderarms. Synovitis der Flexoren-Sehnen. (Abt. v. E. BESNIER).	Vom 4. Dez. 90. bis 26. Jan. 91. 9 Einspritzungen von 2 bis 6 mgr. Reaktionslos bei der 9. Einspritz.	Höchste Temp. 38,8°. Sehr wenig Allgemein-Reaktion. Nur Verschlimmerung v. Herzbeklemmungen, an denen der Kranke leidet.	Fast gar nichts.	—	Keinen.

17. M. 23 J. L. fibrosus mit Knötchenwucherung rings um eine Narbe. Centrale Ausheilung. Kyphose seit dem 10. Lebensjahr. Eitriger Ohrenausfluſs links. (Abt. v. E. Besnier).	Vom 4. bis 20. Dez. 90. Vier Einspritzungen zu 2 mgr. Temp. bei der 4. Einspritz. 40,2°.	Höchste Temp. 40,2°. Starkes Fieber, Husten, Herzklopfen, Kräfteverfall.	Sehr geringfügig.	Anaemie und Verstimmung.	Unverändert. Status. Wegen der Heftigkeit der Allgemein-Erscheinungen und d. geringen örtlichen Wirkung wurde die Behandl. ausgesetzt.
18. M. 24 J. L. ulcerosus profund des Gaumensegels u. des Rachens seit 2 J. L. der Epiglottis. (Abt. v. E. Besnier).	Vom 8. Dez. 90. bis 3. Jan. 91. 4 Einspritzungen von 1 bis 2 mgr. Jedesmal wachsende Reaktion. Temp. 40,8° bei d. 4. Einspritz. mit 2 mgr.	Höchste Temp. 40,8°. Starke Fiebererscheinungen, Dyspnoe, Herzklopfen, Leibschmerzen.	Mäſsige Einwirkung auf Kehlkopf und Rachen, ohne daſs für Atmen oder Schlucken ein mechanisches Hindernis entstände.	Lebhafte Verstimm. und Anaemie.	Fast keiner. Deswegen u. wegen des hochgradig. Fiebers wurde die Behandlung nicht weiter fortgesetzt.
19. W. 26 J. L. tubercul. des Gesichts, d. Wangen, d. untern Augenlid., d Lippen. Nicht ulceriert. Einzelne Plaques auf den Extremitäten. Auf d. l. Lungensp. Knarren. (Abt. v. Hallopeau).	Vom 10. Dez. 90. bis 10. Jan. 91. 6 Einspritzungen von $^1/_2$ bis $3^1/_2$ mgr.	Höchste Temp. 40,3°. Ziemlich beträchtliche Fiebererscheinungen. Heftige Kopfschmerzen.	Erysipelatoid. Röte und Schwellung.	Knarren auf der linken Lungenspitze.	Der Lupus im Gesicht ist abgeblaſst; die Knötchen sind weniger hervorspringend. Einzelne Narbeninseln. Die Plaques auf dem Rücken und den Extremität. in der Rückbildung.
20. W. 24 J. L. tubercul. non ulcerosus des Gesichts. (Disseminiert). (Abt. v. Hallopeau).	Vom 12. Dez. 90. bis 10. Jan. 91. 6 Einspritzungen von 2 bis 6 mgr.	Höchste Temp. 40°. Mäſsige Allgemein-Reaktion, Kopf- und Gliederschmerzen.	Leichte erysipelatoide Reakt.	—	Die Plaques merklich gebessert; fast noch mehr Knötchen sichtbar.
21. W. 24 J. L. vulgaris non ulcerosus über d. ganzen link. Wange. (Abt. v. Hallopeau).	Vom 26. Dez. 90. bis 26. Jan. 91. 9 Einspritzungen von 2 bis 5 mgr. Reaktion bleibt von der 6. Einspritzung an aus.	Höchste Temp. 39,7°. Anfangs ziemlich starke Allgemein-Reaktion, die aber immer schwächer wird. Gliederschmerzen, Leibweh, skarlatiniformer Rash mit Abschuppung bei jeder Einspritzung.	Mäſsige Reaktion. Rötung, Schwellung mit nachheriger Abschuppung.	Herzgeräusch, vermutlich anämischer Natur.	Lup. sehr gebessert; Knötchen eingesunken, eine groſse Zahl von Narbeninseln.

Tabelle zur WICKHAMschen Veröffentlichung aus dem Hôpital Saint-Louis.

Diagnose.	Impfungen Zahl, Datum, Dosen.	Die wichtigsten Erscheinungen des Reaktionsstadiums.	Örtliche Reaktion.	Symptome im weitern Verlauf.	Erfolg der Behandlung.
22. W. 18 J. L. tubercul. ulcerosus disseminatus faciei. L. Lungenspitze verdächtig. (Abt. v. HALLOPEAU).	Vom 22. Dez. 90. bis 10. Jan. 91. 4 Einspritzungen von 1/2 bis 2 mgr.	Höchste Temp. 39,6°. Allgemein-Reaktion mäfsig. Rash, Magenschmerzen.	Örtl. Reak. ziemlich stark. Röte Schwell., sero-purulentes Exsudat.	Herzgeräusch. Unregelmäfsig. Puls.	Lupus gebessert. Die ulcerierten Stellen teilweise vernarbt.
23. W. 16 J. L. tubercul. non ulcerosus im Centrum der r. Wange. (Abt. v. HALLOPEAU).	Vom 12. Dez. 90. bis 10. Jan. 91. 5 Einspritzungen von 1 bis 3 mgr. Reaktion fehlt bei der 5. Einspritzung.	Höchste Temp. 39°. Allgemein-Reaktion sehr gering. Gliederschmerz.	Mäfsige Rötung und Schwellung.	—	Lupus nur etwas abgeblafst.
24. W. 59 J. L. tuberc. non ulc. der r. Wange. Am Kinn einige Knötchen. (Abt. v. HALLOPEAU).	Vom 10. Dez. 90. bis 3. Jan. 91. 4 Einspritzungen v. 1/2 bis 1 mgr.	Höchste Temp. 39°. Allgemein-Reaktion mäfsig. Skarlatiniformer Ausschlag. Gliederschmerzen.	Recht stark. Brennen Rötung, Schwellung, Abschuppung.	—	Lupus sichtlich gebessert; viel weniger hervorspringende Knötchen.
25. W. 50 J. L. erythematosus. Gesicht, Nasenflügel, Wangen (Abt. v. HALLOPEAU).	Vom 4. Dez. 90. bis 10. Jan. 91. 5 Einspritzungen von 3/4 mgr. Bei der 5. Einspritzung mit 3/4 mgr. Temp. 39°.	Höchste Temp. 40,9°. Heftige, verlängerte Allgemein-Reaktion von durchschnittlich 3 Tagen Daner. Kopfschmerzen, Lungenkongestion; arythmischer Puls.	Sehr geringfügig.	Anämie und starke Abmagerung.	Der Lupus vielleicht ein klein wenig blasser und eingesunken.

26. M. 30 J. Zahlreiche und vielgestaltige Lupusherde der untern Extremitäten. Elephantiasis u. s. w. Ulcerationen. Plaques am r. Hypochondrium, an der Handwurzel, der r. Schulter. (Abt. v. HALLOPEAU).	Vom 4. Dez. 90. bis 19. Jan. 91. 7 Einspritzungen von 1/4 bis 1/2 mgr. Patient reagierte noch bei der letzten Einspritz. (1/4 mgr.) mit einer Temperat. von 39,4°.	Höchste Temp. 40,7°. Sehr heftige Reaktion. Lungenkongestion. Skarlatiniformer Ausschlag. Kopfschmerzen; Verfall mit Verschlimmerung am 2. Tag.	Sehr stark. Lebhafte Schmerzen, Röte, Schwellung, reichliches Transsudat. Heftige, schmerzhaft. Periarthritis im Handgelenk.	Der Kranke ist abgemagert und sehr erschöpft. Die Behandlung mufste unterbrochen werden. Bildung von fungösen Tumoren am Handgelenk; eines umfangreichen Abscesses am l. Knie. Die ulceriert. Teile eitern stark u. schmerzen.	Die nicht ulcerierten Stellen sind ein wenig gebessert.
27. M. 19 J. L. tubercul. disseminatus faciei, nicht ulceriert (Abt. v. HALLOPEAU).	Vom 28. Nov. 90. bis 26. Jan. 91. 9 Einspritz. v. 2 bis 6 1/2 mg. Schnelle Gewöhnung.	Höchste Temp. 39,4°. Mäfsige Allgemein-Reaktion. Schweifse, Gliederschmerzen; etwas Albuminurie.	Mäfsig. Röte, Schwellung, Abschuppung.	Leichtes Blasen an der Herzspitze.	Die Knötchen sind blasser und weniger hervorragend.
28. M. 26 J. L. tuberculos. ulceros. d. Nase und Wangen. (Abt. v. HALLOPEAU).	Vom 17. Dez. 90. bis 26. Jan. 91. 8 Einspritzungen von 1 bis 5 1/2 mgr. Gewöhnung bei der 7. Einspritz.	Höchste Temp. 39,5°. Mäfsige Allgemein-Reaktion. Schmerzen im l. Hypochondrium. Keine Milzschwell.	Recht stark. Röte, Schwellung, Transsudat.	Abmagerung.	Teilweise Besserung. Die Ulcerationen auf den Wangen schon halbwegs vernarbt; auf den Nasenflügeln sind sie noch vorhanden u. haben sich daselbst nach Aussetzung m. d. Kochin rasch verbreitert.
29. M. 45 J. L. erythematos. d. Gesichts, d. Wangen, d. Ohren. Nackendrüsenschw. (Zweifelhafte Diagnose: nach den einen Erythem; nach den andern Tuberkulose). (Abt. v. HALLOPEAU).	Vom 17. Dez. 90. bis 26. Jan. 91. 6 Einspritzungen von 1/4 bis 1 mgr. Bei der 6. Einspritzung (0,001) stieg das Thermometer noch auf 39,4°.	Höchste Temp. 40,8°. Starke Allgemein-Reaktion. Prostration, Brechen, vorübergehende Albuminurie. Kopfschmerz u. s. w.	Mäfsig. Nach jeder Einspritzung stellt sich Rötung an den frühern Impfstellen ein.	Systolisches Blasen an der Herzspitze.	Die Plaques sind abgeblafst und minder hart.

Tabelle zur WICKHAMschen Veröffentlichung aus dem Hôpital Saint-Louis.

Diagnose.	Impfungen Zahl, Datum, Dosen.	Die wichtigsten Erscheinungen des Reaktionsstadiums.	Örtliche Reaktion.	Symptome im weitern Verlauf.	Erfolg der Behandlung.
30. M. 35 J. L. tubercul. non ulcerosus, dissemin. im Gesicht, Hals u. l. Ellbogen. (Abt. v. HALLOPEAU).	Vom 5. Dez. 90. bis 10. Jan. 91. 5 Einspritzungen von 4 bis 6 mgr.	Höchste Temp. 39,9°. Sehr geringe Allgemein-Reaktion. Gliederschmerz Durchfall.	Sehr mäfsig. Rötung und Schwellung.	—	Die Plaques wenig verändert, vielleicht etwas blasser?
31. M. 21 J. L. tuberculos. ulcerosus, vegetans faciei, seit dem 11. Jahre bestehend. Nackendrüsenschwellung. Trotz energischer Eingriffe wächst der L. immer weiter. (Abt. v. HALLOPEAU).	Vom 28. Nov. 90. bis 26. Jan. 91. 8 Einspritzungen von $^1/_2$ bis $2^1/_2$ mgr.	Höchste Temp. 41,3° (0,002). Sehr starke Allgemein-Reaktion. Kopfschmerzen; heftige Dyspnoe, Lungenkongestion. Colitis, Endokarditis.	Sehr stark. Brennen, Rötung, Schwellung; serös-eitriges Transsudat. Drüsenanschwellung.	Endokarditis. Insufficienz d. Aorta und Mitralis.	Lupus wesentlich gebessert, Ulcerationen auf dem Wege zur Vernarbung.
32. M. 67 J. Lymphangiectasia tubercul. suppurat. seit 20 J. bestehend, Sitz auf den untern Extremitäten. Hypertrophie; Geschwürsbildung, Fisteln u. s. w. u. s. w. (Abt. v. HALLOPEAU).	Vom 5. Dez. 90. bis 10. Jan. 91. 5 Einspritzungen von $^1/_2$ bis $1^1/_2$ mgr.	Höchste Temp. 40°. Sehr starke Allgemein-Reaktion, Lungenkongestion, Albuminurie. Arythmie des Pulses u. s. w.	Wenig ausgesprochen. Schmerzhafte Anschwellung der Knötchen.	Abmagerung u. Prostration. Sehr umfangreich. Schenkelabscefs (Fieber). Feuchtes Rasseln auf d. r. Lungenspitze, wo vorher nichts gehört war.	Abnahme des Umfangs der Extremitäten, einige Fisteln geschlossen. Die Neubildung etwas gebessert.
33. W. 18 J. L. vulg. teilweise vernarbt. Nase und Oberlippe. Bestand seit 6 Jahren. (Abt. v. TENNESON).	Vom 10. Dez. 90. bis 26. Jan. 91. 9 Einspritzungen von $^1/_2$ bis $6^1/_2$ mgr.	Höchste Temp. 38,3°. Allgemein-Reaktion mäfsig; geringer Rash. Kopf- und Gliederschmerzen. Herzklopfen. Unregelmäfsiger Puls.	Mäfsig. Brennen. Geringe Rötung und Schwellung.	Die Behandlung wird gut vertragen.	Fast gar keiner.

34. W. 13 J. L. tubercul. non ulceros. dissemin., in d. Nasolabial-Falte, am Kieferwinkel, i. d. Gegend d. Schilddrüse, Hals, Ohr, vor d. r. Achselhöhle. (Abt. v. TENNESON).	Vom 3. Dez. 90. bis 26. Jan. 91. 10 Einspritzungen von 1 bis 7 mgr. Gewöhnung bei der 6. Einspritz.	Höchste Temp. 39,6°. Allgemein-Reaktion immer mäfsig. Ohrenschmerzen.	Mäfsig.	—	Durch die Behandlung sind die Lupusknötchen isoliert u. heben sich jetzt deutlich von d. gesunden Haut ab. Um sie herum besteht keine Rötung oder ödematöse Schwell. mehr.
35. W. 17 J. L. vulg. der Nase u. Oberlippe. (Beginn in der Nasenhöhle) zum grofsen Teil vernarbt, mit tuberkul. Knötchen. (Abt. v. TENNESON).	Vom 3. Dez. 90. bis 26. Jan. 91. 9 Einspritzungen von 2 bis 8 mgr. Gewöhnung nach der 6. Einspritzung.	Höchste Temp. 39,6°. Allgemein Reaktion immer schwach, ohne bemerkenswerte Symptome.	Mäfsig.	Die Behandlung wird gut vertragen.	Neun allmählich stärker werdende Einspritzungen haben keine nennenswerte Veränderung oder merkliche Besserung erzielt.
36. M. 15 J. L. tubercul. vulg. dissemin. am l. Lippenwinkel. Die ulcerierende Neubildung greift auch auf die Schleimhaut über. Ein zweiter Lupusherd in der Kreuzgegend u. s. w. (Abt. v. TENNESON).	Vom 10. Dez. 90. bis 15. Jan. 91. 7 Einspritzungen von 1 bis 2 mgr.	Höchste Temp. 39,6°. Allgemein-Reaktion so bedenklich, dafs die Behandlung bei der 7. Einspritzung abgebrochen wurde.	Ziemlich stark. Brennen, Rötung, Schwellung, Transsudat.	Während der Dauer der Impfungen Abmagerung um $1\frac{3}{4}$ kg. Störung des Allgemein-Befindens, die nach Aussetzen des Mittels wieder zu verschwinden anfängt.	Die wuchernden Stellen sind etwas eingesunken und trocknen. Mit d. alten Behandlungsweise hätte man in derselben Zeit viel mehr erreicht. So gut w. kein Erfolg.
37. M. 18. J. L. vulg. im Centrum des Gesichts. Lungenspitzen verdächtig. (Abt. v. TENNESON).	Vom 3.—10. Jan. 91. 3 Einspritzungen von 1—2 mgr.	Temp. bei jeder Einspritzung 40,2°, Allgemein-Reaktion heftig. Albuminurie. Subkrepitierende Rasselgeräusche auf beiden Lungenspitzen.	Ziemlich kräftig.	—	Das Mittel w. wegen d. Erschein. abseiten d. Lungen u. weil sich d. Befinden nach jed. Einspritz. verschlimmerte, ausgesetzt.
38. M. 15 J. L. tuberc. ulcer. der Nase und Nasenhöhlen. (Abt. v. QUINQUAUD).	Vom 30. Dez. 90. bis 19. Jan. 91. 4 Einspritzungen von 1 bis $1\frac{1}{2}$ mgr.	Höchste Temp. 40,2°. Heftige Allgemein-Reakti[illegible] Verfall u. Schwäche infolge von Anaemie.	Ziemlich stark. Schwellung, Krustenbildung, Transsudat.	Anämie u. Schwäche, beide nur langsam verschwindend.	Verringerung des Umfangs u. Nachlafs der Erscheinungen.

(Übersetzt von Dr. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Besprechungen.

Beiträge zur Anatomie und Ätiologie einiger Hautkrankheiten, von Du Mesnil. (Sep.-Abdr. aus den *Verhandlungen der phys.-med. Gesellschaft zu Würzburg*, N. F. Bd. XXIV. 1890.)

I. Cutis laxa. Bei einem 19jährigen, sonst normalen Handwerksburschen fand M. die Haut von sammetweicher Konsistenz, von erheblich geringerer Dicke, des weiteren, dafs dieselbe überall und nach allen Richtungen gleichmäfsig hoch in Falten zu heben war. Beim Loslassen der Falten schnellt die Haut mit grofser Geschwindigkeit in ihre frühere Lage zurück. Sensibilität der Haut, mit Ausnahme einer entschiedenen Abnahme der Schmerzempfindung bei Druck, normal. Sonst weder an der Haut, noch an inneren Organen Abnormes. Diese hochgradige Faltbarkeit der Haut wird in erster Linie durch die abnorme Dehnbarkeit derselben verursacht. Hierzu gesellt sich noch eine abnorme Elastizität der die Haut an ihre Unterlage fixierenden Momente. Bei der histologischen Untersuchung stellte es sich heraus, dafs es sich hier im wesentlichen um eine myxomatöse Umwandlung des Bindegewebes der Cutis, bei vollständigem Erhaltensein aller übrigen histologischen Elemente handelte. Da Kopp in den von ihm beobachteten Fällen Vererbung konstatieren konnte, hält M. dieses Hautleiden für embryonalen Ursprungs und glaubt, dafs die Umwandlung der homogenen intercellularen Substanz der Cutis der früheren Embryonalperiode in fibröses Gewebe infolge einer Entwickelungshemmung unterblieben sei; statt des fibrösen, wird eine myxomatöse Intercellularsubstanz von den Zellen abgeschieden. Diese Eigenschaft der Cutiszellen besteht auch im extrauterinen Leben fort, da das Granulationsgewebe von Narben sich ebenfalls in zellartiges Gewebe umwandelt und lineäre Narben sich durch das hierdurch verursachte Auseinanderweichen ihrer Ränder verbreitern.

II. Fibroma molluscum. Nach Darlegung der einschlägigen Litteratur stellt sich M. bei der Untersuchung eines Falles, bei welchem 600 kleinere und gröfsere Fibromata beobachtet wurden, die Aufgabe, zu entscheiden: a. ob dieselben in jedem Falle auf primäre Bindegewebsentwickelung in den Scheiden der Hautnerven zurückzuführen sind, und b. ob etwaige Tumoren ähnlicher Art in den inneren Organen mit denselben in ätiologischen Zusammenhang gebracht werden müssen. Die 45jährige Patientin, deren Mutter und drei Schwestern mit eben solchen Warzen versehen waren, starb an Insufficientia cordis. Die anatomische Diagnose lautete: Multiple Fibrome der Haut, multiple Tumoren der Leber, der dura mater, der Nieren, Kystom des rechten Ovariums, Emphysema pulmonum, Bronchitis, Atrophia cordis fusca, Osteomalacia.

Die jüngsten Tumoren der Haut entstehen an der Grenze der Lederhaut und Subcutis, durch Wucherung der Adventitia praeformierter Gewebe, hauptsächlich der Gefäfse und Talgdrüsen. Sie bestehen hauptsächlich aus Spindelzellen mit grofsen, ovalen Kernen, ohne erhebliche Zwischensubstanz, während die älteren mit fibrösem, schalenartig angeordnetem Bindegewebe reichlich versehen sind. Nervenfasern konnten weder in den jungen, noch in den älteren Tumoren nachgewiesen werden.

Die Geschwülste der Nieren bestehen vorzugsweise aus Fettgewebe, die der Leber folgen eher dem Typus einer weichen, dem embryonalen Gewebe näherstehenden Bindegewebsgeschwulst, die Geschwulst der Dura ist ein derbes Fibrom mit hyaliner Degeneration der Zwischensubstanz. Trotz dieser Verschiedenheit des Baues sprechen verschiedene Umstände dafür, alle diese Tumoren auf eine gemeinsame Causa nocens

zurückzuführen. M. kommt auf Grund seiner Untersuchung zu dem Resultat: „dafs nicht alle Fälle von Fibroma molluscum mit Fibroneuromen der gröfseren Nerven vergesellschaftet sind, dafs ferner die Entstehung der multiplen Hautfibrome nicht immer auf eine primäre Wucherung des Peri- und Endoneuriums der Hautnerven zurückgeführt werden kann, dafs vielmehr ein Teil der Fälle von Fibroma molluscum durch eine primäre Wucherung der Bindegewebsscheiden der Gefäfse und Drüsen verursacht wird, und dafs das Gefäfssystem bei dieser wesentlich beteiligt sei."

III. Reflektorische Angioneurosen. Zur Stütze der Ansicht, dafs die Erytheme, welche im Anschlusse an Veränderungen des Urogenitalsystems auftreten, als reflektorische Angioneurosen anzusehen sind, teilt M. folgenden Fall mit: M. nahm bei der 19jährigen A. H., welche an einem Urethraltripper litt, eine energische Ätzung der Harnröhrenschleimhaut vor, worauf sich bald heftige Kopf- und Leibschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Herzklopfen, Schwindelgefühl mit grofser Mattigkeit und an allen Herzostien systolische, sausende Geräusche einstellen. Nach einigen Tagen trat nebst Schmerzen Anschwellung und Rötung des Fufs- und Kniegelenkes, über Nacht ein Exanthem auf, welches aus erbsen- bis linsengrofsen, hochroten, wenig erhabenen, papulösen Efflorescenzen, von prallelastischer Konsistenz bestand, welche auf Druck nicht verschwinden und teils spurlos, teils mit Hinterlassung einer hellgelben Pigmentierung vergehen und während ihres Bestandes mäfsiges Brennen verursachen. Sie stehen am dichtesten um die betroffenen Gelenke. Aufser diesen finden sich einige gröfsere, rosenrote, isolierte, halbkugelige Vorwölbungen in der Nähe des Kniegelenks. Des weiteren finden sich sehr reichliche Purpuraflecke. Oberflächliche Verschorfung und Schmerzhaftigkeit des Urethraleingangs, linke Ovarialgegend auf Druck schmerzhaft. Diese Efflorescenzen bilden sich im Verlaufe der folgenden 10 Tage zum grofsen Teile zurück; mit Eintritt der Menses erfolgt jedoch ein erneuter Nachschub, mit Schmerzen im Kniegelenke und Herzgeräuschen; keine Vergröfserung der Herzdämpfung, zweiter Pulmonalton nicht verstärkt. Während der Periode treten noch 2 Nachschübe papulöser Purpura auf. Auch diese bilden sich zurück. Nach einigen Tagen erneute Nachschübe. In dem schleimigeitrigen Ausflufs sind Gonokokken nicht mit Sicherheit zu konstatieren. Nach Verlauf weiterer 10 Tage wird das Sekret von neuem untersucht und nun Gonokokken konstatiert. Vorsichtige Bepinselung der Harnröhrenschleimhaut mit Ag. nitr.-Lösung (1 : 50). 13 Stunden danach hat sich ein dem vorigen ähnliches Exanthem, jedoch in viel intensiverer Weise ausgebildet. Dieselben objektiven und subjektiven Symptome wie früher. Dabei Albuminurie (mikroskopisch rote Blutkörperchen im Urin). Temperatur normal. In der Folgezeit keine weitere Eruption. Keine Gonokokken im Sekret.

M. glaubt, dafs die einfache Reizung der Urogenitalschleimhaut und nicht etwa eine durch das Blut resorbierte Noxe (Arzneiexanthem) die Erscheinungen auf der Haut auslöste, denn dieselben stellten sich auch beim Eintreten der Menses nach Untersuchung vermittelst des Spekulums ein.

M. schliefst des weiteren die Hämophilie, selbst in der Form der von Stumpf proklamierten unentwickelten hämorrhagischen Diathese aus, ebenso schliefst er — infolge Mangels jedweder Fiebererscheinungen — eine infektiöse Ursache, des weiteren auch die Leukaemie aus. Es frägt sich nun, ob die Sympathicuserkrankung, resp. die Angioneurose für die Erklärung dieses Purpurafalles verwertbar sei.

Die Tachykardie, welche sich auch sonst an Reizzustände der Genitalien reflektorisch anschliefst, erklärt M. auch in diesem Falle als auf reflektorischem Wege hervorgerufene Sympathicusneurose. Falls nun das pathologisch-anatomische Substrat

nicht gegen eine ähnliche Erklärung der Hautveränderungen spricht und sich die übrigen Symptome damit vereinigen lassen, dann konnten die ersteren ebenfalls auf eine Sympathicusneurose zurückgeführt werden.

Indem M. nun die Unnasche Hypothese für das Zustandekommen der Urticaria-quaddel (Venenspasmus) auf die Erythempapeln und -Knoten appliziert, erklärt er die Erythempapeln ebenfalls durch Venenspasmus hervorgebracht, welcher jedoch hier in höheren Schichten der Cutis auftritt. Dieser Venenspasmus wird durch Reizung der zugehörigen sympathischen Nerven zu stande gebracht. (Ref. glaubt, dafs M. mit Unrecht die von ihm in diesem Falle beobachteten Erythemformen, mit dem Erythema multiforme und nodosum in ein engeres Verhältnis bringt. Gegen eine ähnliche Gruppierung ätiologisch gewifs verschiedener Prozesse hat neuestens besonders Besnier angekämpft. Der Umstand, dafs bei den letzteren Prozessen eine ganz bedeutende Rundzelleninfiltration auftritt, welche besonders die Gefäfse mit breitem Mantel umgiebt und gegen die Mitte der Papel diffus wird — wie Ref. sich für das Erythema multiforme überzeugen konnte — spricht jedenfalls für die entzündliche, vielleicht auch für die embolische Natur dieser Prozesse. Dabei kann natürlich auch das Mitspielen des angioneurotischen Elements nicht geleugnet werden. Der durch den Vergleich mit diesen Prozessen gestützte Beweis für die obige Auffassung M.s kann daher nicht als vollkommen erbracht erachtet werden. Des weiteren mufs hervorgehoben werden, dafs bei Annahme eines Venenspasmus als Ursache für die Erythemformen eine erhebliche Muskulatur an recht oberflächlichen Gefäfsen nachgewiesen werden müfste.) Ebenso führt M. das Zustandekommen der Purpura in diesem Falle auf einen plötzlichen Venenspasmus zurück, welchem eine Diapedese roter Blutzellen nachfolgt.

Die Hämaturie und Albuminurie werden ebenfalls als Folge von Innervationsstörung aufgefafst, da Versuche bewiesen haben, dafs Durchschneidung des Plexus renalis in der Regel eine Vermehrung der Harnmenge mit Eiweifs und Blut im Harne zur Folge haben, bei Eulenburgs und Landois Versuchen u. a. (nämlich nach Lähmung der vasomotorischen Fasern des Nierenplexus) ebenfalls Eiweifs und Blut im Harne aufgetreten waren.

Die Gelenksaffektionen betrachtet M. als reflektorisch, d. h. durch Reizung der Genitalien ausgelöst.

Es handelt sich also nach M. in diesem Falle um eine reflektorische Angioneurose, hervorgerufen durch eine Läsion des Sympathicus. (Ref. glaubt, dafs die infektiöse Natur der Erkrankung durch den Mangel des Fiebers nicht in genügendem Mafse ausgeschlossen ist. Sind es ja gerade blennorrhoische Arthritiden, welche ganz ohne fieberhafte Erscheinungen verlaufen können, selbst, wie mir Dr. Barthélémy mitteilte, wenn dabei erhebliche Ergüsse in das Gelenk stattgefunden haben.)

Török-Paris.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomisches.

Zur Eleidinfrage, von Ferdinand Winkler und Hermann Schrötter. (Aus dem k. k. embryologischen Institute des Prof. Schenk in Wien. 1890). Verff. nehmen als Ausgangspunkt ihrer Untersuchungen folgende Vermutung Grefbergs: „Das Protoplasma der Zellen, welche sich in der Mitte der Haartalgdrüsen befinden, erscheint

feinkörnig, der Kern .... ist auffällig klein und es erinnert im ganzen an jene Metamorphose, welche Zabludowski als Einleitung zur Bildung der Hornsubstanzen der Cuticula des Schnabels der Vögel beobachtete. Nur scheint bei den Talgdrüsen dieser Prozefs nicht so weit durchgeführt zu werden, als dies im verhornten Schnabel der Fall ist, bei der Talgdrüse scheint der Entwickelungsgang, der zur Verhornung führt frühzeitig sistiert zu sein." Die Verff. fanden diese Körnchen, welche sich durch ihre Färbereaktionen als Eleidin darstellten, sowohl in den Haartalgdrüsen, als in den Meibomschen Drüsen und in den Drüsen des Lippenrandes; jedoch in den ersteren waren nur die inneren, gröfseren Zellen von ihnen erfüllt, in den letzteren enthielten sämtliche Zellen Eleidinkörnchen. Der weiteren Entwickelung dieser Zellen in der Weise der Hornzellen wird durch die Fetteinlagerung ein Ende bereitet, wobei der Kern zerfällt und verschwindet. Die Talgdrüsen älteren Datums enthalten kein Eleidin mehr. Der Kern ist bei der Bildung der Granula unbeteiligt. Eleidin und Keratohyalin sind ihren chemischen Reaktionen nach miteinander identisch und nichts anderes als Chitin. Die Unterschiede in dem Verhalten dieser Substanzen gegen Farbstoffe sind nicht diesen selbst, sondern der verschiedenen Widerstandsfähigkeit der Zellen zuzuschreiben. *Török-Paris.*

Angioneurosen.

Über Erythema nodosum, von Emil Pfeiffer. (*Wien. med. Wochenschr.* 1890, No. 45.) P. gibt eine kurz gefafste klinische Beschreibung des Erythema nodosum, erklärt sich gegen die Vereinigung desselben mit dem Erythema multiforme in eine Gruppe und gegen die von Uffelmann beschriebene „ominöse Form" derselben. Die letztere existiert nicht. *Török-Paris.*

Chronische Infektionskrankheiten.

b. *Tuberkulose.*

Über den Lupus der Extremitäten, von Friedr. Hahn. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1890.) Autoreferat. Verf. giebt zunächst über das reichliche Lupusmaterial der Klinik Doutreleponts statistische Übersichten, aus denen neben der Häufigkeit der Erkrankung der Extremitäten durch Lupus am Rhein auch die häufige Koincidenz dieser Erkrankung mit Tuberkulose anderer Organe, bezw. mit hereditärer tuberkulöser Belastung hervorgeht. Besonders häufig kommt an den Extremitäten vor der Lupus papillosus (= L. sclerosus, verrucosus, cornutus), der als identisch mit Tuberculosus verrucosa cutis aufzufassen ist, und Lupus hypertrophicus, der Gelegenheit zur Verwechselung mit Sarkom und Mykosis fungoides geben kann. Es folgen mikroskopische Untersuchungen, die besonders die atypische Epithelwucherung und das häufige Vorkommen von Mastzellen hervorheben. Sodann werden die als Folgeerscheinungen des Lupus der Extremitäten auftretenden Veränderungen besprochen: Elephantiastische Verdickung der Haut (epitheliomartige Form des Lupus nach Busch), erläutert durch Krankengeschichte und mikroskopische Untersuchung. Ferner Ankylosen, Kontraktionen, Verwachsungen und Selbstamputationen der Endglieder, illustriert durch Krankengeschichten, von denen ein Fall hervorzuheben ist, bei dem die Hand, zur Klaue verunstaltet, die Amputation des Armes erforderlich machte, und die mikroskopische Untersuchung deutlich zeigte, wie der lupöse Prozefs allmählich, Fascien

und Periost durchbrechend, bis zur Usur von Knochen und Knorpel führen kann. Am Schlufs findet die Therapie eine kurze Besprechung.

Einige **Lupusfälle**, bei denen das **Kochsche Heilverfahren** angewendet war (*Intern. klin. Rundschau.* 1891. Nr. 3) stellte KAPOSI in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte Wiens vom 16. Januar 1891 vor. K. begann mit Injektion von 0,005 und stieg bis durchschnittlich 0,03. Sämtliche Fälle zeigten wesentliche Besserung; doch will K. noch einige Monate warten, ehe er ein endgültiges Urteil über den Wert der Lymphe als Heilmittel fällt, zumal neue Lupuseruptionen an bisher gesunden Hautstellen aufgetreten sind. Diese Thatsache und andere (z. B. die Angewöhnung an das Mittel) sucht K. durch die Wirkung der Lymphe auf tuberkulöses Gewebe zu erklären, wobei er sich auf KOCHS neueste Publikation stützt. In der Diskussion schliefst sich BILLROTH seinen Ausführungen an, bemerkt noch, dafs die nach KOCHscher Behandlung zurückbleibende intensive Rötung für die Frage der Heilung nicht mafsgebend sei. B. berichtet dann über einen 16jährigen Lupösen, bei dem nach minimalen Dosen heftige Reaktionen (z. B. Hämaturie) auftraten, die zum Aussetzen des Mittels nötigten. *Hahn-Bremen.*

c. *Syphilis.*

Zur Frage über die Rolle der Wärme bei der Behandlung der Syphilis, von P. J. KALASCHINKOW. Aus der Klinik des Prof. TARNOWSKY. (*Wratsch*, 1891. 2.) Verf. bemerkt, dafs die Wärme von alters her eine grofse Rolle bei der Syphilistherapie gespielt habe. Die Ansichten der Autoren gehen aber auseinander; während die einen annehmen, dafs Wärme Hautsyphilide hervorrufe, glauben andere, dafs die Wärme die Wirkung des Quecksilbers steigere, wieder andere behaupten, die Wärme begünstige blofs die Ausscheidung aus dem Körper, schliefslich schreibt ein vierter kleiner Teil der Autoren der Wärme einen thätigen Einfluſs auf die Aufsaugung der syphilitischen Infiltrate zu; die Versuche der letzteren seien aber nicht stichhaltig, da dieselben an bereits mit Quecksilber behandelten Patienten ausgeführt worden seien und keine streng wissenschaftlichen Verhältnisse dabei obgewaltet hätten.

Leider giebt Verf. nicht an, in welcher Form er die „Wärme" angewandt, was ja nicht ohne Bedeutung ist. Aus den 4 kleinen Krankengeschichten geht hervor, dafs 2 der Patienten vor Eintritt ins Hospital kleine, einer von ihnen eine 4wöchentliche Quecksilber- und lokale Behandlung durchgemacht (obgleich Verf. diesen Umstand bei anderen Autoren nicht gelten läfst, beansprucht er für sich „Wissenschaftlichkeit"). Der 4. Fall wird gleichzeitig mit Wärme und Quecksilber behandelt.

Trotz der anfänglich abfälligen Kritik der 4. Gruppe der aufgezählten Autoren, deren Argumentation nicht „überzeugend" sei, kommt Verf. zu demselben Schlusse: 1. Wärme ist ein energisches Resorbens der syphilitischen Infiltrate; 2. die Zeit, innerhalb deren die Resorption sich vollzieht, ist individuell; 3. die Recidive auf den mit „Wärme" behandelten Partieen sind geringer, als die an anderen Körperteilen auftretenden.

Physiologische Beobachtungen stellt Verfasser anderorts in Aussicht.

Kroug-Hungerburg-Narwa.

Zur Lehre vom Harnröhrenschanker, von J. GRÜNFELD. (*Intern. klin. Rundschau* 1891. Nr. 1—5.) Nachdem Verf. kurz die historische Bedeutung des Harnröhrenschankers als Chancre larvé für die Theorie der Syphilis charakterisiert hat, zeigt er, dafs letzterer Name jetzt keine Berechtigung mehr hat, da man mit dem Endoskop jedes intraurethrale Geschwür genau sehen und diagnostizieren kann. Grund zur endoskopischen Untersuchung ist dem Verf. jeder akute Tripper, zumal wenn

dem Sekret Blut oder Gewebskrümel beigemengt sind, oder dasselbe fleischwasserähnliche Beschaffenheit zeigt, denn nicht immer läfst eine circumscripte Härte oder Schmerzhaftigkeit den Sitz des Geschwürs palpieren. Das Ulcus hat seinen Sitz am häufigsten am Orificium urethrae, und setzt sich von dort per contignitatem auf die vorderen Partieen der Harnröhre fort; häufig finden sich aber auch Ulcera ohne Beteiligung des Orificium externum vor der Fossa navicularis und lassen sich dort mit dem Endoskop diagnostizieren. In seltenen Fällen endlich findet sich auch der hintere Teil der Harnröhre bis zum Bulbus als Sitz der Geschwüre; das Urethroskop sichert da die Diagnose und macht zugleich eine rationelle Therapie möglich.

Hahn-Bremen.

Lokale Infektionskrankheiten.

b. *der Cutis.*

Ein Ulcus molle am Vorderarm, von Dr. Maggi. (*Boll. della Poliambulanza di Milano.* 1890. Tom. 9, 10.) Ein Patient hatte weiche Geschwüre an der Glans und gleichzeitig Scabies. Nach Heilung der letzteren zeigte sich an der inneren Fläche des Vorderarmes eine sehr schmerzhafte Läsion, die eine furunkulöse Form hatte und bald den Charakter eines weichen Geschwürs annahm.

Tommasoli-Modena.

Ein Fall von Erythema nodosum, von Settgast. Greifswald 1890, Inaug.-Dissertation. S. teilt einen Fall von Erythema nodosum mit, welches bei einem 10jährigen gesunden Mädchen beobachtet wurde, das, vorher gesund, mit Eintritt der Krankheit über Schüttelfrost und Kopfschmerzen klagte. Der Frost wiederholte sich stets bei Ausbruch neuer Knoten. Nach 3 Wochen Heilung. [Ref., welcher die Erkrankung häufiger unter typhusähnlichen Erscheinungen verlaufen sah, schliefst sich der Ansicht an, dafs das Erythema nodosum den Eindruck einer Infektionskrankheit macht.]

Peiper-Greifswald.

Zwei Fälle von Aktinomykose der Bauchdecken, von Schreyer. Greifswald 1890, Inaug.-Dissertation. In beiden Fällen handelt es sich um Erkrankungen, die zunächst in der Ileocoecalgegend nach vorausgegangenen Darmbeschwerden zu Abscefsbildung geführt hatten; von da aus hatte sich die Infektion den Bauchdecken mitgeteilt. Die Einwanderung der Pilze war nach der Anamnese wahrscheinlich erfolgt in dem einen Falle gleichzeitig mit dem Genufs frischer Getreidekörner, in dem andern Falle liefs sich ein ähnlicher Infektionsmodus annehmen.

Peiper-Greifswald.

Progressive Ernährungsstörungen.

Beiträge zur Kenntnis der Lymphangiome, von Adolf Schmidt. (*Arch f. Derm. u. Syph.* XXII. Jahrg. 1890.) S. beschreibt zwei Fälle von Lymphangiom, eines von der Haut des linken Oberschenkels, ein anderes von der Schleimhaut der Oberlippe am rechten Mundwinkel und der benachbarten Wangenschleimhaut. Beide boten, was ihre Entwickelung und ihren histologischen Bau betrifft, das Bild des Lymphangioma simplex (circumscriptum capillare varicosum). Dieselben unterschieden sich in einzelnen Punkten von den bisher beschriebenen Fällen. Das Lymphangiom

der Haut zeigte aufser den varikösen Lymphgefäfsen und Lymphcysten des Papillarkörpers ebensolche auch in den tieferen Lagen der Lederhaut und in grofser Anzahl auch im subkutanen Fettgewebe. Die Geschwulst von der Mundschleimhaut wies dieselben besonders in der subpapillären Schichte auf. Die papilläre Schichte zeigte nur Anfänge der Lymphgefäfserweiterungen. Die bisherigen Fälle waren bekanntlich durch ähnliche Bildungen charakterisiert, welche jedoch nur in den obersten Schichten der Lederhaut auffindbar waren.

In einem vor kurzem in diesen Heften publizierten Artikel haben Noyes und Ref. darauf hingewiesen, dafs ähnliche Bildungen in Gesellschaft mit kavernösen und varikösen Lymphangiomen der tieferen Gewebslagen und im Vereine mit Elephantiasis auftreten, dafs jedoch nichtsdestoweniger eine Anzahl von Fällen bekannt ist, wo die auch von Schmidt konstatierte Neoplasie nur auf die Region der Anfänge der Lymphgefäfse, auf die Lymphkapillaren der Cutis beschränkt ist. Diese anatomisch hauptsächlich hierdurch und klinisch durch hier nicht weiter auseinanderzusetzende Symptome wohl charakterisierten Fälle haben wir als besondere Klasse von den übrigen Lymphangiomen der Haut abgeschieden und variköse kapillare Lymphangiome genannt. Sie stehen den varikösen Lymphangiomen der gröfseren Lymphgefäfse und Stämme am nächsten, zu welchen auch die meisten Übergänge beobachtet wurden, lassen sich aber auch von diesen dadurch unterscheiden, dafs, wie schon erwähnt wurde, in etwa 10 Fällen, trotz jahrelanger Fortentwickelung, nur die obersten Cutisschichten ergriffen blieben. Ref. glaubt daher, und er befindet sich hiermit im Gegensatze zu Schmidt, welcher diese Gruppe die „umfassendste und schlechtest charakterisierte" nennt, dafs diese Fälle selbst bei einer allgemeinen Einteilung der Lymphangiome, welche sich also nicht nur ausschliefslich auf die Lymphangiome der Haut bezieht, als wohl charakterisierte Gruppe zusammengefafst werden können und etwa als Unterabteilung der varikösen Lymphangiome unter dem Titel kapillare variköse Lymphangiome figurieren könnten.

S. scheidet diese Prozesse von den Fällen Pospelows, von Harlingens und Kaposis nicht ab. Ref. glaubt nachgewiesen zu haben, dafs die beiden ersten kavernöse Lymphangiome beobachtet haben. Diese Fälle sind also, was ihren mikroskopischen Bau anlangt, übrigens auch ihren klinischen Symptomen nach von den eben erwähnten Prozessen verschieden.

Was den Fall Kaposis (Lymphangioma tuberosum multiplex) anlangt, so hat — wie ich in dem Werke Brocqs über die Behandlung der Hautkrankheiten lese — Jacquet der Vermutung Ausdruck verliehen, dafs wir es hier mit einem Falle jener Geschwülstchen zu thun haben, welche unter dem Titel Hydrodenome éruptif, Syringocystadenoma, Cellulome kystique und Colloidmilium von Darier, Jacquet, Török, Quinquaud und Philippson beschrieben wurden.

Neuerdings wurde nun unter dem von Kaposi gewählten Namen von Lesser und Beneke im Januarhefte 1891 von *Virchows Archiv* ein Fall beschrieben, welcher sowohl in seiner Entwickelung, seinem klinischen Aussehen, als auch seinem histologischen Baue (s. die dem Artikel beigefügten Figuren) nach vollkommen dem Hydradenoma entspricht. Beneke ist es nicht gelungen, einen Zusammenhang zwischen den Cystchen der kleinen Geschwülste und den Lymphkapillaren nachzuweisen, während die oben genannten Autoren die epitheliale Natur ihrer Zellen bewiesen haben und insbesondere die Untersuchungen Philippsons in dieser Beziehung keinen Zweifel zulassen, da es diesem gelungen ist, den direkten Zusammenhang des Oberflächenepithels mit einer dieser Höhlen nachzuweisen. Ist der Fall Lessers und Benekes thatsächlich mit dem von Kaposi beschriebenen Lymphangioma multiplex identisch, dann würde die Vermutung Jaquets zur Thatsache; das Lymphangioma tuberosum

multiplex müfste dann aus der Gruppe der Lymphangiome ausgeschieden werden, da es dann nichts anderes als ein cystisches Epitheliom repräsentieren würde.

Török-Paris.

Ein Fall von Sarkom der Nase, von Wilke. Greifswald 1890, Inaug.-Dissert. W. beschreibt einen derartigen Fall bei einem bis dahin völlig gesunden 42jährigen Manne, bei welchem zunächst eine erschwerte Durchgängigkeit des linken Nasenloches eingetreten war. In der linken Nasenhöhle war ein knochenharter Tumor vorhanden, welcher dieselbe völlig obturierte, an der linken Halsseite fand sich aufserdem ein zwei Faust grofser Tumor. Jodkali und Arsen zeigten keinen dauernden Erfolg. Hingegen trat ein Zerfall des Nasentumors ein, welcher mit beträchtlichen Blutungen verbunden war. Die mikroskopische Untersuchung ergab Spindelzellensarkom. Von einem operativen Eingriff mufste von vorherein Abstand genommen werden, wegen der Gröfse des Tumors und der vorhandenen Kachexie. Patient stand drei Jahre in Beobachtung. *Peiper-Greifswald.*

Ein histologischer Beitrag zur Lehre von Fibroma molluscum, von Loewenstein. Würzburg 1891, Inaug.-Dissert. Die zur histologischen Untersuchung verwendeten Geschwülste waren einer 28jährigen Frau entnommen, die an Genitaltuberkulose zu Grunde gegangen war. Bei der Untersuchung der Geschwülste wurde hauptsächlich die Frage nach dem Verhalten der Nerven berücksichtigt und diese dahin beantwortet, dafs markhaltige Nervenfasern in den Geschwülsten nicht zu entdecken waren. Von Interesse ist noch, dafs auch in diesem wie in dem Königsdorfschen Falle die Heredität eine grofse Rolle spielte. *Seifert-Würzburg.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Dermatomyositis acuta, von Prof. Unverricht in Dorpat. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1891. No. 2.) Die 39jährige Patientin, welche seit 19 Jahren verheiratet und Mutter von 6 Kindern ist, erkrankte vor 8 Tagen, indem ihre Beine anfingen zu schwellen und intensiv zu jucken. Zugleich war über Ober- und Unterschenkeln ein Ausschlag verbreitet. 3 Tage später trat Kopfschmerz, Übelkeit und Erbrechen ein, 1 Tag soll Fieber bestanden haben. Die Schwellung ging höher bis zur Brust, bis wohin sich auch der Ausschlag erstreckte. Eine Ursache des Leidens ist nicht eruirbar; Schweinefleisch hat sie in den letzten 4 Wochen nicht genossen; Syphilis ist ausgeschlossen. Sie ist im 8. Monat gravid. Der Status ergibt eine Anschwellung und Rötung der Haut des Gesichts in der Gegend der Process. zygomatici. An den Unterextremitäten bestehen Ödeme. Die Haut am Unterschenkel beiderseits, namentlich vorne, ist glänzend rot, sehr gespannt und fühlt sich heifs an. Die Oberschenkel sind gleichfalls geschwollen und erscheinen besonders dick und plump in der Gegend der Adduktoren. Der Umfang ist hier ein beträchtlicher. Die Haut an der Vorderfläche des Oberschenkels ist derb infiltriert und fühlt sich rauh an. Die Hauttemperatur ist hier erhöht. Ein eigentlicher Ausschlag ist nicht zu konstatieren. Nirgends läfst sich die Haut an den Beinen in Falten abheben. Auf stärkeren Druck besteht etwas Schmerzhaftigkeit. An der Haut der Unterextremitäten sind Spuren von Kratzeffekten wahrnehmbar. Am Leib, sowie an der Brust gewahrt man den Anflug eines Exanthems von quaddelartiger Beschaffenheit. Die einzelnen circumscripten Prominenzen erscheinen bläulichrot. Auf Druck und Nadelstiche besteht Schmerzhaftigkeit auch am Thorax. Die übrigen Organe bieten nichts Erwähnenswertes. Im weiteren Verlauf des Leidens nimmt die Schwellung des Gesichts zu und

das Jucken wird besonders bei Bettwärme fast unerträglich. Nach Spirit. vin. 150,0 ol. Menth. pip. 2,0 wird das Jucken etwas milder. Der Umfang der Unterschenkel an der Wade beträgt r. 40,5 l. 40,2 cm; oberhalb der Malleolen 25,0; Oberschenkel Adduktorengegend 63,5—60,0, Mitte 55,0—54,0. Oberarmmitte 29,5—29,0, Unterarmmitte 21,5—21,0. Nach der Entbindung nimmt das Jucken und die Anschwellung der Beine und Arme ab, nur bestehen spontan auftretende Schmerzen in den Füfsen, Händen und im Rücken. Später stellen sich Schmerzen in den Mafseteren, in der Hals- und Nackenmuskulatur ein. Die Deltoidei sind druckempfindlich, erscheinen jedoch atrophisch besonders im Verhältnis zu dem ziemlich voluminösen Oberarm; derselbe ist in seiner Muskulatur auf Druck empfindlich. Die Muskeln reagieren alle normal auf den faradischen Strom. U. glaubt den Fall nach Pfeiffers Beobachtungen an Tieren als Myositis gregarinosa auffassen zu müssen und würde ihn als Dermatomyositis gregarinosa bezeichnen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Verschiedenes.

Bericht über die sanitären Zustände der Station Leopoldsville, von Dr. Mense. Bruxelles, A. Lesigne. Der Bericht umfafst die Beobachtungen, welche der Verf. während seiner anderthalbjährigen ärztlichen Thätigkeit in L. gesammelt hatte, bei einer im Durchschnitt 10—30 Weifse und 150—400 Schwarze zählenden Bevölkerung. Nach einer kurzen Schilderung der Lage und der hygienischen Verhältnisse im Staat, bespricht er die verschiedenen Krankheitsformen, nach ihrer Häufigkeit, klinischem Verlauf und ihrer Behandlung. — Neben der Malaria und Dyssenterie sind die Hautkrankheiten die häufigst vorkommenden, und von den letzteren sehen wir fast alle entzündlichen Formen vertreten. Die eingehender vom Verf. behandelten sind: der durch den Juckreiz lästige, sonst nicht schwere Lichen tropicus, unter dem am meisten die weifse Bevölkerung zu leiden hat; das Ekzema impetiginosum, von dem bisweilen die endogene Bevölkerung befallen wird, und die Furunkulose, der fettleibige, anämische Individuen am häufigsten unterworfen sind.

Von den unter der schwarzen Bevölkerung vorkommenden Hautkrankheiten gehören die meisten der rein parasitären Form an; Ankylostoma duoden. filar. med. sind nicht selten, weniger häufig Taeniaerkrankungen, trotz ihres massenhaften Vorkommens bei den Schafen, Ziegen und Hunden; und eine wahre Landplage bildet der aus Brasilien eingeschleppte Pulex penetrans, der bei schlecht oder unbeschuhten Individuen zu schweren Kratzekzemen die Veranlassung geben kann. — Nur sporadisch und in verschiedenen Formen tritt in L., wie überhaupt im Kongogebiet, Lepra auf; an eine direkte Übertragung derselben glauben die Neger nicht.

Eine häufige, die Negerkinder befallende Hautkrankheit ist die Framboesia, bei der der ganze Körper mit himbeerförmigen Efflorescenzen bedeckt wird, die eine dicke Kruste bilden, unter der sich ein übelriechender Eiter ansammelt. Der Ernährungszustand leidet schwer während der Erkrankung, und die Kinder bieten das Bild der schwersten Anämie dar. Die Krankheit ist nicht absolut maligne; nach Monaten gehen die Erscheinungen zurück, nachdem sich der Allgemeinzustand der Pat. gebessert. Die Therapie ist hierbei ziemlich ohnmächtig; zuweilen gute Resultate geben Bi. NO_3 Salben. — Schon der Umstand, dafs die Arbeit kaum nach ihrem Erscheinen ins Französische und Englische übertragen wurde, spricht dafür, dafs sie in guter Form ein interessantes Beobachtungsmaterial liefert. *Weidner-Schönbach.*

Über das Kochsche Heilmittel gegen Tuberkulose.

Dritter Brief aus Berlin.

Berlin, den 25. Februar 1891.

Verehrtester Herr Kollege!

Seit unserm letzten Briefe mit Nachrichten über das Kochsche Heilmittel gegen Tuberkulose, das jetzt wohl zweckmäfsig „Tuberkulin" genannt wird, sind beinahe 10 Wochen verstrichen, in denen wir unverdrossen weitere Untersuchungen und Beobachtungen mit dem genannten Mittel angestellt haben. Über diese allein, d. h. über die in einem Briefe möglichen eigenen Erfahrungen, wollen wir auch heute kurz berichten und ganz absehen von der inzwischen, wie voraus zu sehen war, ungewöhnlich angeschwollenen Litteratur über dieses so anregende Thema. Wir haben uns von Anfang an nur an des Meisters eigene Worte gehalten, der seiner ersten Veröffentlichung vom 13. November nun eine zweite hat folgen lassen. Aus ihr entnehmen wir eine Fülle von Angaben, unter denen die wichtigste wohl die ist, dafs es sich bei dem Kochschen „Heilmittel gegen Tuberkulose" — wie er es selbst genannt hat — um ein Glycerinextrakt aus den Reinkulturen der Tuberkelbacillen handelt.

Uns genügt diese vorläufige Mitteilung über die Natur des Mittels einstweilen vollkommen und wir warten getrost ab, ob und wann der grofse Geist, der aufser unserer Dankbarkeit und Bewunderung auch unser volles Vertrauen besitzt, den Zeitpunkt gekommen hält, ausführlicher zu werden. Das ganze Getriebe der „himmelhoch jauchzenden und wieder zum Tode betrübten" kleinen Geister und Gemüter, von anderen ganz zu geschweigen, wird wohl den Meister nicht aus seinen ruhigen und klar vorgezeichneten Bahnen zu lenken vermögen. Sieht er doch daraus, wie unreif, mit ganz geringen Ausnahmen, Volk und Ärzte noch zu oft für wahre Medizin und deren Forschung sind.

Bei unseren Untersuchungen haben wir zunächst wieder unsere ganze Aufmerksamkeit nur der Prüfung Kochscher Angaben zugewandt, die wir immer wieder, soweit sie auf Thatsachen beruhen, vollauf bestätigen konnten. Wenn wir in der Deutung, wie des Weiteren dargelegt werden soll, manchmal etwas abweichen, so hat das für den Kern der Kochschen Mitteilungen so wenig zu sagen wie die Weiterungen, die seine Angaben durch unsere und anderer Arbeiten erfuhren.

Zunächst haben wir darüber zu berichten, dafs wir das Mittel auch an Gesunden (einer von uns machte sich von 0,001 bis 0,015 allmählich steigende Injektionen) versucht haben ohne jede merkliche allgemeine und

lokale Reaktion und Beeinträchtigung des Wohlbefindens. Die schon früher erwähnten Versuche bei andern als exquisit tuberkulösen und namentlich tuberkulösen Hautkrankheiten haben wir fortgesetzt. Verschiedene Formen von Ekzem, Lupus erythematodes, Lichen ruber planus, selbst ein Fall von eigentümlichen multiplen Gefäfsektasieen wurden mit Fällen von Lupus vulgaris und anderen exquisit tuberkulösen Krankheiten, wie kariösen Prozessen mit Fistelgängen, Drüsenschwellungen, aber auch Lungentuberkulose etc. der Injektion unterzogen und zeitigten Resultate, wie sie in den früheren Briefen schon erwähnt sind, mit mehr oder minder grofser Regelmäfsigkeit. Fast alle diese Fälle, deren Krankengeschichten zum Teil in einem demnächst erscheinenden Bericht an den Kultusminister veröffentlicht werden, befinden sich mit wenigen Ausnahmen noch in Behandlung; es kann also von einer völligen Heilung bei ihnen meist noch nicht die Rede sein. Ebenso gestatten die infolge der Einspritzungen mit dem Kochschen Mittel beobachteten Ausschläge wie Herpes labialis, Zoster und andere Angioneurosen, makulöse und papulöse Exantheme u. s. w. kein abschliefsendes Urteil, das wir aber in einer späteren ausführlicheren Arbeit bringen wollen.

Wenn auch, wie festgestellt worden ist, das Kochsche Mittel noch auf andere als tuberkulöse Prozesse eine unverkennbare und selbst im Sinne von Heilungsvorgängen sich kennzeichnende Wirkung übt — klassisch, typisch, pathognomonisch —, „specifisch“ allein bleibt doch die Wirkung nur bei wahrhaft tuberkulösen Prozessen bezw. Veränderungen in einem bestimmten Stadium. Das zeigt uns am evidentesten wieder der Lupus vulgaris, den Koch mit Recht und Nachdruck ganz besonders zum Studium der specifisch diagnostischen und heilenden Wirkung seines Mittels empfahl. Wir haben gerade in letzter Zeit 5 exquisite Fälle von Lupus vulgaris an Stirn, Hand und Vorderarm in verschiedenen Formen und Stadien, (der eine sogar seit 47 Jahren bestehend) behandelt und in allen, neben der allgemeinen Reaktion, die bekannte Rötung, Schwellung und reichliche seröse Ausschwitzung der erkrankten Partieen mit scharfer Demarkation gegen das umliegende gesunde Gewebe beobachten können. Darunter war ein Fall besonders interessant, bei dem sich eine völlig glatte, weifsnarbige, abgegriffene Nase fand, die wir und alle anderen, damals zahlreich anwesenden Ärzte, nach dem äufseren Ansehen und Betasten für völlig vom Lupus geheilt hielten. Weder in der Narbe selbst noch an ihrer Peripherie war auch nur eine verdächtige Efflorescenz zu konstatieren, die als Lupusknötchen hätte angesehen werden können, sodafs wir die Vermutung aussprachen, es sei ein durch Kochsche Injektionen geheilter Fall. Es stellte sich aber heraus, dafs der Patient mit anderen Methoden behandelt und, wie er sagte, geheilt worden, und dafs er lediglich behufs einer plastischen Operation zu uns gekommen

war, die ihm von den ihn früher behandelnden Hamburger Ärzten angeraten worden war, nachdem in den letzten 2 Jahren kein Recidiv mehr eingetreten sei. Der Patient verstand sich aber sofort behufs Feststellung, ob bei ihm die Heilung eine definitive war, dazu, sich mit dem Kochschen Mittel behandeln zu lassen und war mit uns nicht wenig erstaunt, als schon nach der ersten Einspritzung von 0,003 allgemeine und lokale Reaktionen mit den bekannten Erscheinungen bei ihm eintraten. Die nach wenig Tagen künstlich besorgte Beseitigung der inzwischen zu Krusten gebildeten Exsudatmassen liefs dann 16 deutliche, abgegrenzte, kleine Substanzverluste erkennen, an Stellen wo früher, d. h. vor der Injektion nichts Abnormes zu sehen und zu fühlen war. Selbst bei einer zweiten und dritten Injektion zeigten sich immer wieder neue, kleinste, miliare Stellen, bis schliefslich, von der 6. Injektion ab, weder allgemein noch lokal eine Reaktion auftrat. Die oben erwähnten Substanzverluste gingen inzwischen eine Vernarbung ein, sodafs erst jetzt der Lupus für geheilt erachtet und Patient der ersehnten plastischen Operation unterzogen werden konnte.

Dieser Fall ist im höchsten Grade lehrreich, indem er zeigt, dafs auch schon früher, ohne das Kochsche Mittel, bei Lupus vulgaris Heilungen erzielt worden sind, wie sie schöner und glatter gar nicht gewünscht werden können, — aber noch mehr zeigt er, wie relativ und unsicher unter Umständen der Begriff „einer solchen Heilung“ sein kann, wenn noch durch das Kochsche Mittel weit über die Grenzen unseres Tastens und Sehens und der für den Dermatologen bis jetzt möglichen Diagnosenfähigkeit hinaus der Nachweis von tuberkulösen Prozessen in so prompter Weise gelingt. In diesem Falle kann doch nicht nach wenigen Stunden schon davon die Rede sein, dafs die Tuberkelbacillen mobil gemacht, anderswo hin verschleppt und dort in so kurzer Zeit Tuberkeleruption veranlafst haben, von denen wir doch aus experimentellen Untersuchungen, z. B. in der Cornea etc. wissen, dafs sie etwa erst drei Wochen nach der Inokulation für Auge und Finger nachweisbar sind. Das führt uns auf die so unbestimmte Bezeichnung „Anfangsstadium der Tuberkulose“, die in Zukunft doch etwas genauer präzisiert werden mufs. Theoretisch läfst sich dasselbe gewifs leicht konstruieren, auch praktisch sind wir gewohnt, das sicher als Tuberkel zu bezeichnen, was — sagen wir — drei Wochen nach der von Erfolg begleiteten Tuberkelbacillen-Invasion sich makroskopisch und mikroskopisch als Tuberkel erweist. Wie aber sollen wir im konkreten Falle die Stadien vor diesen drei Wochen bezeichnen, die wir weder tasten noch sehen noch sonst nachweisen können, mit alleiniger Ausnahme vielleicht jetzt durch das Kochsche Mittel? Diese Fälle haben unserer Ansicht nach zu den unberechtigtsten und durch nichts erwiesenen Verdächtigungen geführt, als sei die Kochsche Injektion die

Ursache einer neuen Tuberkel-Eruption. Es unterliegt jedoch keinem Zweifel, dafs in diesen Fällen in allerdings für uns bisher nicht nachweisbarer Weise tuberkulöses Gewebe vorhanden war. Wir wollen es hier bei diesem Winke bewenden lassen, der die alarmierenden Nachrichten über Sektionsbefunde nach dem Kochschen Mittel in das richtige Licht stellen und ungerechtfertigte Angriffe auf dasselbe, wegen des ewig unzuverlässigen „post hoc ergo propter hoc" auf das Energischste abzuschlagen bestimmt ist.

Man hat ja Eruptionen von frischen Tuberkeln im Umkreise und ferner von älteren tuberkulösen Herden, die vom Kochschen Mittel beeinflufst waren, gesehen und hier das post hoc ergo propter hoc zu vertreten gesucht. Uns scheint es viel plausibler, dafs zunächst bis dahin nicht sichtbar gewesene Tuberkel durch das Kochsche Mittel erst mehr in die Erscheinung treten, sich vielleicht auch unter dem Einflusse des hyperämischen und exsudativen Vorganges rascher und schneller entwickeln, und so aber auch in das Stadium rascher vorrücken, in welchem sie gesehen und betastet werden können. Gegen die Mobilmachung spricht doch auch der Umstand, dafs bei zahllosen Blut- und Lymphe-Untersuchungen gespritzter Fälle, Tuberkelbacillen nicht nachgewiesen werden können. Endlich scheint uns bei der Ubiquität der Pilze und der allerorts drohenden Invasionen der Kern der Frage nicht darin zu liegen, ob Tuberkelbacillen vorhanden sind, sondern ob diese einen günstigen Boden für die Entwickelung der Tuberkulose (Knötchen, Entzündung etc.) finden und ob letztere — was doch für die Heilung das wichtigste ist, — durch ein bestimmtes Mittel in einem gewissen Stadium zweifellos zu beseitigen ist. Das ist aber schon bestimmt erwiesen, wie durch Kochs erste Mitteilung klar gelegt, dafs Tiere, die mit seinem Mittel injiziert worden sind, gegen Infektion und ihre Wirkung immun bleiben. Wir müssen abwarten, was uns in dieser Beziehung lang dauernde Untersuchungen Positives an die Hand geben, namentlich ob und wie lange eine Immunität zu erreichen ist. Bei der Ubiquität und leichter Invasionsfähigkeit der Pilze und auch der Tuberkelbacillen können wir den Organismus doch wohl kaum dauernd vor dieser Gefahr der Invasion schützen, umsomehr müssen wir auf die Unempfänglichkeit und Immunität bedacht sein, sei es, dafs dieses höchste Ziel durch specifische oder andere Mittel erreicht wird. Gegen den ausgesprochenen Prozefs ein so specifisches Mittel zu haben, wie es das Kochsche ist, ist und bleibt eine der gröfsten Errungenschaften, die wir verpflichtet sind im gegebenen Falle zur Anwendung zu bringen, mögen wirkliche oder scheinbare Bedenken den Theoretiker und Doktrinär noch so zahlreich beherrschen. Zuguterletzt mufs man doch auch noch sagen, dafs all die zahlreichen Bedenken, die gegen das Mittel und seine Wirkung vorgebracht werden, auch bei

früheren Behandlungen, die nichts oder nur wenig gegen den tuberkulösen Prozefs selbst vermochten, nicht nur bestanden haben, sondern auch noch in vermehrtem Mafse gegeben waren. — Für uns galt es immer als das richtigste, der Natur und ihrem Heilungsbestreben so nahe wie möglich zu kommen und sie nur zu unterstützen, wo es ihr an Zeit und Energie gebricht, ihren Selbstheilungsprozefs zu vollenden. Wo sind wir in der gesamten Therapie diesem Ziele so nahe gekommen als in der Behandlung der Tuberkulose nach KOCH? Dieser nannte den Prozefs, der durch sein Mittel eingeleitet wird, früher schon Nekrose und glaubt jetzt sich zu der Hypothese berechtigt, dafs es sich um einen im Sinne der WEIGERTschen Auffassung vor sich gehenden Prozefs, die sogenannte Koagulationsnekrose handelt. Was wir speciell in und an dem Lupusgewebe nach Einspritzung des KOCHschen Mittels gesehen haben, läfst sich unter den allgemeinen Begriff der akuten Entzündung mit Exsudation und Blasenbildung subsummieren, einer Entzündung, die makroskopisch und mikroskopisch die Augen besticht und die eine Ausschüttung und Fortschwemmung der allenfalls mortifizierten oder nekrotisierten Teile durch ihre Exsudation im Gefolge hat (vollendeter Naturheilungsprozefs.). Die verschiedenen Ansichten, die über den Vorgang hierbei bisher laut geworden sind, haben gewifs alle ein Körnchen Wahrheit für sich, insofern als sie Stadien und Formen eines Prozesses als das Wesen der Wirkung ansehen, Formen, die alle im Verlaufe der Entzündung vorkommen können und beobachtet werden, aber nicht notwendig da sein müssen.

Es trägt doch gewifs den Stempel der Einseitigkeit an sich, wenn man nur hier eine seröse Ausschwitzung, oder die Eiterung, oder den Zerfall, oder die Gangrän, Nekrobiose, Nekrose, Koagulationsnekrose etc. als das Charakteristische hinstellt, Vorgänge, die doch alle blofs Etappen des Entzündungsprozesses, der hier vorliegt, sind. Je nach Fall und Stadium scheint die einzelne obiger Veränderungen mehr hervorzutreten ohne die anderen auszuschliefsen oder gar ihnen gegenüber wesentlich zu sein; im Gegenteil, in den weitaus meisten Fällen reihen sie sich aneinander und gehen ineinander über wie die Ringe einer Kette, die aus mehr oder weniger vielen Gliedern bestehen kann und besteht, deren Wesen und Gestalt aber nur von der Vereinigung der Glieder zum Ganzen abhängt. — Dieses Ganze ist hier ein fulminantester Entzündungsprozefs.

Ein Entzündungsprozefs scheint es auch zu sein, der beim Lupus erythematosus, wenn auch nicht so fulminant, wenigstens in einem bestimmten Stadium desselben, nach dem Tuberkulin sich zu entwickeln scheint. So fassen wir es wenigstens vorerst auf, wenn wir sehen, wie oft, fast mit einer gewissen Launenhaftigkeit, das einemal nach der Einspritzung der KOCHschen Flüssigkeit Rötung, Schwellung und Schuppen-

bildung auftritt, die nach anderen Injektionen sich wiederholt, um dann aber und selbst bei gesteigerten Dosen für einige Zeit zu verschwinden. Setzt man dann aus und spritzt später mit kleineren Dosen wieder oder reduziert man die grofsen Dosen gleich wieder auf kleine ohne auszusetzen, so haben wir auch da wieder bald lokale Reaktionen eintreten sehen und zwar sogar an Stellen, die bis dahin nicht reagiert hatten. Wir meinen damit von früherer Zeit her bestandene durch tiefe Ätzungen hervorgerufene oder auch durch Selbstheilung (Naturheilung!) entstandene Narben, in denen nach einiger Zeit und, wie wir hervorheben müssen, viel rascher und entschiedener, als wir es beim Lupus erythematosus sonst zu sehen gewohnt sind, neue Eruptionen in oft zahlreichen Mengen auftraten, die aber dann in diesem gewissen Stadium nach der Injektion mit Schwellung und Schuppung in markantester Weise antworteten. Sollten nicht ähnlich, wie wir das oben vom Lupus vulgaris vermutungsweise aussprachen, in der Narbe versteckte Keime und Anfangsstadien der Erkrankung bestanden haben, die in diesem Stadium vielleicht nicht auf die Flüssigkeit reagierten, sich aber unter dem hyperämisierenden Einfluſs der Injektion rascher in das reaktionsfähige Stadium verwandelten, in dem die Heilwirkung durch die bekannten Erscheinungen der „Ausschüttung“ möglich war? So wenigstens stellten wir uns bis jetzt die immerhin sehr interessante, wichtige und bemerkenswerte Wirkung des Tuberkulins beim Lupus erythematosus vor, von dem wir noch weiter betonen wollen, daſs in allen bis jetzt behandelten Fällen seit geraumer Zeit die anfangs oft so stürmische allgemeine Reaktion bei kleinen und grofsen Dosen von 0,001—0,025 auszubleiben pflegt.

Wir hätten noch über das Befinden unserer Lichen ruber-, Ekzem- und sonstigen Kranken, die wir mit dem Tuberkulin behandelt haben, zu berichten. Der Umfang, den dieser Brief angenommen, gestattet uns nicht, hierüber ausführlich zu sein und wir wollen nur umfassend sagen, daſs auch diesbezüglich kein endgültiges Resultat vorliegt, wenn auch das bis jetzt erzielte zu weiteren Versuchen ermutigt.

So wollen wir auch mit diesem Briefe die aphoristischen Berichte über unsere Versuche mit der Kochschen Flüssigkeit als abgeschlossen betrachten und uns die Muſse wünschen, das Gesamtergebnis derselben wie den Vergleich mit der Wirkung des cantharidins. Kalium (Liebreich) in einer zusammenfassenden Arbeit später veröffentlichen zu können.

Es erübrigt uns noch, Ihnen, verehrtester Herr Kollege, für die freundliche Aufnahme unserer brieflichen Mitteilungen in Ihre geschätzte Zeitschrift herzlich zu danken.

Mit grofser Verehrung

Ihre ergebenen

Schweninger und Buzzi.

XVI

XVII

XVIII

1000/1

1000/1

1000/1

Photogramme des Unnaschen Laboratoriums.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XII. No. 7. 1. April 1891.

Eine neue Färbungsmethode der Rhinosklerombacillen.

Von

Vittorio Mibelli,

Professor der Dermatologie in Cagliari.

In einem Referat meiner Arbeit „Beiträge zur Histologie des Rhinoskleroms“ (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. VIII. No. 12) hat Dr. P. Dittrich[1] die von mir angeführte Bemerkung hervorgehoben, dafs mir nämlich nie Rhinosklerombacillen in unveränderten Infiltrationszellen begegnet seien und bemerkte hierbei, dafs diese meine Behauptung im Widerspruch stände mit der Meinung von Wolkowitsch und mit seiner eigenen, da Wolkowitsch regelmäfsig die Bacillen in den unversehrten Infiltrationszellen findet und auch er selbst solche darin antrifft, obgleich nicht sehr häufig.

Diese Verschiedenheit der Befunde waren mir wohl bekannt, als ich meine Mitteilung verfafste, und dieses veranlafste mich, hier von neuem das Studium des Rhinoskleromgewebes aufzunehmen. Dabei gelang es mir, eine vorzügliche Färbung der Bacillen mit einer unserer alltäglichsten und einfachsten Methoden der histologischen Technik zu erzielen.

Wie ich bereits in meiner genannten Arbeit erwähnt hatte, kann man ausgezeichnete Präparate von Rhinoskleromgewebe — ohne sich der Anilinfarben zu bedienen — mit Orcein und Hämatoxylin von Böhmer erhalten und diese letztere hebt vorzugsweise die Bacillen hervor[2] wie auch die Kolloidzellen[3] auch ohne vorherige Behandlung mit Osmium-Säure.

Jetzt aber fand ich, dafs das Alaun-Karmin von Grenacher noch viel besser und ohne jeglichen andern Zusatz die Rhinosklerombacillen vorzüglich färbt, was in gleichem Mafse mit keiner anderen Methode erreicht wird.

---

[1] *Jahresbericht über pathogene Mikroorganismen*, von P. Baumgarten. V. Jahrg. 1889. S. 221.

[2] Es war bereits von Wolkowitsch erwähnt worden, dafs die Bacillen des Rhinoskleroms »in den Kulturen« sich mit Hämatoxylin färben. (S. *Centralbl. f. medis. Wissen.* 1886. No. 47).

[3] Dittrich, der in keinem seiner Fälle von Rhinosklerom jemals Kolloidgebilde antraf, behauptet mit Unrecht, dafs solches von der Präparationsmethode abhängen kann, da er sich ausgiebig des Hämatoxylins bediente, welches nach Wolkowitsch nicht dazu geeignet ist Kolloidgestalten sichtbar zu machen. Ich hatte mich aber in meiner Arbeit deutlich im entgegengesetzten Sinne ausgedrückt, da Hämatoxylin sehr gut dazu dient Kolloidgebilde sichtbar zu machen und deren zellenartige Natur zu beweisen. Solches wiederhole ich auch jetzt aufs neue und führe meine Präparate zum Beweis vor.

Ich wüfste den Grund nicht anzugeben, weſswegen es mir erst kürzlich gelang, eine solche Thatsache sicher zu stellen, da ich schon früher öfters Schnitte von Rhinoskleromgewebe mit dem Alaun-Karmin GRENACHERS färbte.

Nur das möchte ich bemerken, daſs ich im Laboratorium meiner Klinik mich seit kurzem ausschlieſslich des trockenen Alaun-Karmins nach GRENACHER wie es vom Haus GRÜBLER geliefert wird, bediene, wovon ich eine 4% Lösung in heiſsem Wasser anfertige. In dieser Lösung verbleiben die Schnitte solange es notwendig ist, um eine gute Färbung der Kerne zu erhalten, d. h. ungefähr eine Stunde lang. Alsdann werden sie in Wasser gespült und in Alkohol nach den gewöhnlichen Methoden behandelt, um sie in Dammarharz einzuschlieſsen. Die Schnitte können auch längere Zeit mit dem Farbstoff behandelt werden (12—24 St.), ohne deſshalb schlechtere Resultate zu geben. So können sie ebenfalls aus der Farblösung in salzsauren Alkohol gebracht werden ohne wesentlichen Unterschied. Stets werden sich auf jedem Schnitte, der eine gute Färbung der Kerne bietet, nach Behandlung mit Alaun-Karmin die Rhinosklerombacillen in schönster Färbung aufweisen. Auſserdem aber treten alle, auch die kleinsten Details der kranken Gewebe bei dieser Methode in besonderer Schärfe hervor. Es ist gut, dabei nur auf die äuſserste Dünne der Schnitte zu achten.

Nach Untersuchung dieser neuen Präparate von Rhinosklerom muſs ich neuerdings das, was ich schon früher behauptete, betonen; daſs nämlich die Bacillen sich nicht in den unversehrten Infiltrationszellen befinden. Allerdings habe ich bei dieser Methode eine sehr groſse Anzahl hydropischer Zellen mit Bacillen beobachtet und dieses in allen den verschiedenen Stadien der Veränderungen von ihrem Anfang ab bis zur enorm vergröſserten hydropischen Zelle. Jedesmal aber, wenn ich auch nur 2 oder 3 Bacillen in einer Zelle antraf, habe ich mich überzeugen müssen, daſs dieselbe schon nicht mehr normal war d. h. wenigstens schon bedeutend vergröſsert im Vergleich zu den Nachbarzellen und zudem mit hellem Protoplasma und verkleinertem Kern.[4]

Ich bin auſserdem imstande, mit meinen neuen Präparaten alle andern von mir in meiner früheren Arbeit angeführten Behauptungen zu bestätigen, was die verschiedenen Erscheinungen der hydropischen Zellen und der Kolloidzellen betrifft, wie auch den Befund der Bacillen in den ersteren. Was aber diese letzteren betrifft, ist es mir nicht einmal mit dem Alaun-Karmin mit Bestimmtheit gelungen, daselbst das Vorhandensein von Bacillen feststellen zu können.

---

[4] Schlieſslich scheint ja DITTRICH selbst einen solchen Befund gemacht zu haben. (S. seine Arbeit »Über das Rhinosklerom« in der *Zeitschrift für Heilkunde*. Bd. VIII, 1889. pag. 261).

Wenn ich mich einer ganz allgemeinen Behauptung bedienen wollte, könnte ich sagen, dafs mit dieser einfachen Kolorationsmethode eine bei weitem gröfsere Anzahl von Bacillen zum Vorschein kommt als auf jegliche andere Art. Einzelne hydropische Zellen scheinen so erfüllt von Bacillen, dafs sie sich nur noch als stark gefärbte Haufen von Bacillen ausnehmen; bei andern sieht man klar jede Masche des protoplasmatischen Netzes und darin jedesmal einen Bacillus; bei andern sind die Bacillen nur in einer der gröfsern Centralmaschen angehäuft und scheinen hierselbst von einer homogenen Substanz, die sich im Karmin färbt, eingehüllt. Anderswo bemerkt man eine Anzahl von Bacillen in den lymphatischen Räumen des Gewebes, aber auch hier von der gleichen homogenen Substanz umgeben.

Schliefslich sieht man noch eine grofse Anzahl von Bacillen ohne jegliche Ordnung zerstreut, so dafs sie keine Beziehung zu den histologischen Elementen zu haben scheinen und vielmehr den Anschein erwecken, als ob sie sich nur auf der Oberfläche der Schnitte befänden.

Ich bin geneigt anzunehmen, dafs diese Bacillen sich so infolge der Präparation zerstreut finden und es ist sehr wahrscheinlich, dafs dieselben aus dem Innern einer Zelle herrühren. Wenn also viele hydropischen Zellen sich ohne Bacillen zeigen, und das, abgesehen von jeglicher Kolorationsmethode, so hängt es nur von der Vorbereitung selbst ab, und ist nicht einem Mangel der Färbung zuzuschreiben, da durch den mechanischen Druck die Zellen gesprungen sind und die Bacillen aufserhalb derselben sich ergossen haben. Und das scheint um so annehmbarer, als es sich um ein sehr zartes Gewebe handelt, wie solches im Rhinosklerom an jenen Punkten angetroffen wird, wo die Zellenzerstörung schon eingetreten und sich ausgedehnt hat und aufserdem da es sich um äufserst dünne Schnitte handelt, die nur schwer sich ausbreiten lassen und meist im Laufe der Behandlungen zerreifsen.

Trotzdem glaube ich aber, dafs auch im lebenden Gewebe einige der hydropischen Zellen von selbst zu Bruche kommen, sobald sie den höchsten Grad der Zerstörung erreicht haben, so dafs die Bacillen in grofser Anzahl sich frei ergossen, und vom Lymphstrom weggetragen, die lymphatischen Wege selbst ausfüllen, wie ich bereits in meiner früheren Arbeit erwähnt habe und was man am besten in solchen Schnitten beobachten kann, die mit Osmiumsäure behandelt und durch Hämatoxylin gefärbt wurden.[5]

[5] Dittrich bemerkt, dafs es zweckmäfsig gewesen wäre, wenn ich meiner Mitteilung Figuren beigefügt hätte, die die verschiedenen Zellengestalten und die Bacillenthromben der lymphatischen Wege bewiesen. Leser dieser Zeitung wissen aber, dafs solche Abbildungen in lithographischen Tafeln späterhin mit einer andern Abbildung von Dr. Noyes veröffentlicht wurden. (S. diese i. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. X. No. 8. pag. 348).

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Über Plasmazellen, insbesondere beim Lupus.

Vortrag,

gehalten im Ärztlichen Verein zu Hamburg am 17. März 1891.

Von

P. G. Unna.

M. H. — Je mehr die Überzeugung von dem Werte specifischer Färbungen für die histologische Diagnose sich Bahn gebrochen hat, um so deutlicher treten natürlich diejenigen Lücken unseres Wissens hervor, welche in den Mängeln der bisherigen Tinktionstechnik begründet sind. Die Darstellung der Mitosen, der Bakterien und gewisser Degenerationsprodukte war es, welche nach langem Widerstreben die Tinktionstechnik in der Gewebelehre kurzerhand zur Anerkennung brachte. Wir besitzen in ihr heutzutage eine unserer feinsten Untersuchungsmethoden, die jedes Jahr, zuletzt wieder unter Weigerts und Löfflers Händen, ganz neue Gebiete der Forschung erschliefst. Aber es blieb nicht aus, dafs die so fruchtbare Methode der Färbung organischer Gewebe nach ihrem nächstliegenden Ausgangspunkte bestimmte und daher notwendig einseitige Bahnen einschlug, einfach deshalb, weil in dieser zufällig gewählten Richtung jeder neu eintretende Forscher am raschesten Erfolge zu verzeichnen hatte. Das Gros aller Färbeversuche der letzten 20 Jahre bezieht sich auf die Darstellung der leicht tingiblen Kernsubstanz; daneben kommen noch in weit bescheidener Weise Horn, Fett, Schleim und einige Intercellularsubstanzen zu ihrem Rechte. Man kann die ganze Zeit a potiori die Nukleinperiode in der Histologie nennen; der Kerndarstellung im grofsen, wie im einzelnen verdankt sie ihre imposanten Erfolge, sowohl in der normalen wie in der pathologischen Histologie.

Wenn nun auch unverkennbar die Anschauungen in der Entwicklungsgeschichte, Anatomie und Pathologie, genug in der gesamten Biologie der Lebewesen sich gerade durch das Studium der Kernsubstanz in unerwartet erfreulicher Weise geläutert und vertieft haben, wenn wir über das produktive Leben der Gewebe jetzt am Schlusse dieser Periode erst etwas Rechtes wissen und wenn auch wahrscheinlich für alle Zeiten die einfache Kernfärbung eines beliebigen Präparates den ersten orientierenden Aufschlufs in jedem neuen Einzelfalle geben wird, so ist es

doch nicht minder klar, daſs überall dort groſse Lücken in unserm Wissen klaffen und heute noch durch mehr oder minder gute Hypothesen ausgefüllt werden, wo die hauptsächlich auf Kernfärbung berechneten Tinktionsmethoden uns im Stiche lassen.

Das vegetative Leben der Gewebe, welches sich hauptsächlich in dem lebendigen Protoplasma der Zellen und den nicht weniger lebendigen, d. h. in stetem Stoffwechsel begriffenen Intercellularsubstanzen konzentriert, entzieht sich den bisher befolgten Tinktionsmethoden zum gröfsten Teile ganz. Nur einige letzte Abscheidungs- und Degenerations-Produkte wie Fett, Elastin, Mucin, Amyloid, Hyalin, sowie die von Ehrlich und Altmann[1] gefundenen Körnungen, also Einlagerungen in das Protoplasma und in die Intercellularsubstanzen sind bisher genauer studiert, diese letzteren selbst besitzen noch keine klassischen Färbungsmethoden, welche sie in ihrer ganzen Ausbreitung und in präziser Weise von der Umgebung optisch isolieren lassen und jede leichte qualitative Veränderung in ihnen zur Anschauung bringen. Es ist daher eine notwendige, historisch leicht zu erklärende Folge, daſs alle diejenigen Probleme, welche sich mit dem Leben des Protoplasmas und der Intercellularsubstanzen beschäftigen, eine Fülle von Streitfragen einschlieſsen, ja, daſs derartige Untersuchungen allerorten auf tote Punkte geraten, wo die Wissenschaft überhaupt nicht weiter kommt. Ich will in dieser Beziehung nur an drei Probleme erinnern, welche wie Felsblöcke den Weg der Forschung sperren.

„Wo fängt die Bindegewebszelle an und wo hört sie auf“ ist eines dieser Probleme von schwerwiegendster Bedeutung für die normale Anatomie ebenso wie für die pathologische. Sie umfaſst nicht nur die vielumstrittene Frage über den Zusammenhang der Zellen unter einander und mit den Intercellularsubstanzen, und über den Beginn der Saftbahnen, sondern auch über den Inhalt der Zellen einerseits und der Saftbahnen andrerseits, über die cellulare Auffassung aller möglichen Gebilde, wie mancher Riesenzellen, die vielleicht mit Unrecht heute zu den Zellen gerechnet werden. In diesem Problem liegen die Grenzen der cellularen Pathologie überhaupt und somit die Anfänge einer intercellularen, zu welcher die heutigen bakteriellen Forschungen Anregung genug geben.

Ein zweites solches — wie Sie wissen — sehr modernes Problem ist die

---

[1] Ehrlich brachte uns von seinen beiden berühmten Entdeckungsreisen in jenes noch sehr dunkle Gebiet einmal die Mastzellen, dann die Körnungen der Leukozyten zurück. Altmann dagegen, der ausdauernde Pionier dieses Grenzgebietes, fand eine allgemeine anwendbare Färbemethode zum Nachweise bestimmter Granula, besonders in drüsigen Organen. Bei aller Anerkennung der mühevollen und scharfsinnigen Untersuchungen dieses Forschers vermag ich aber in seinen „Granula“ eben nur für die Sekretion und vielleicht Resorption wichtige Einlagerungen des Protoplasmas, nicht dieses selbst zu erblicken.

Frage nach tierischen Parasiten innerhalb der tierischen Gewebe. Noch die allerersten Bausteine sind hier herbeizutragen und grofse Arbeiten, die bereits von solchen tierischen Parasiten der menschlichen Haut handeln, haben vielleicht nur mit degenerierten Protaplasmateilchen des Tierkörpers selbst zu thun gehabt. Anschauliche Bilder über das Verhalten tierischer Parasiten in demselben werden wir erst erhalten, wenn die tierischen, protoplasmatischen und intercellularen Substanzen überhaupt gut, d. h. scharf und in feinen Abstufungen tingibel geworden sind. Hier liegt ein Hauptgrund, weshalb unsere Kenntnisse über tierische Parasiten im Vergleich mit denen über die pflanzlichen so viel weiter zurückgeblieben sind.

Als eine dritte Frage von weittragender Bedeutung möchte ich in diesem Zusammenhange die nach der tinktoriellen Differenzierung von Protoplasma einerseits und Pflanzenschleim andrerseits hinstellen, eine Frage, deren Beantwortung mich bereits vor 5 Jahren auf das hier angeregte Grundproblem hinwies. Die wunderbar günstige Eigenschaft der meisten Bakterien, ähnliche Tinktionsverhältnisse wie das Nuklein und Keratin der tierischen Geweben aufzuweisen, hat die Erkennung derselben rasch ermöglicht. Aber das ungemein wichtige Abscheidungs- und Umwandlungsprodukt derselben, der pflanzliche Schleim, zeigt andere Tinktionsverhältnisse und ist deshalb bisher fast unberücksichtigt geblieben. Es ist verzeihlich für jeden, neu an dieses Problem auf dem ausgetretenen Wege der Kernfärbung herantretenden Forscher, wenn er den Bakterienschleim mit tierischem Protoplasma verwechselt, aber im ganzen ist diese sehr allgemeine Konfundierung doch ein schwerer Hemmschuh für das Fortschreiten der Wissenschaft.

Nach diesen Erörterungen werden Sie es wohl gerechtfertigt finden, wenn ich Sie mit einer Methode bekannt mache, welche ich seit ½ Jahre ausgearbeitet habe und welche wohl als ein Anfang zu einer Reihe besserer Färbemethoden zu betrachten sein wird, als sie uns bisher zum Studium der protoplasmatischen und intercellularen Substanzen zu Gebote standen.

Im allgemeinen bieten sich uns zu diesem Zwecke vier Wege dar, die ich der Reihe nach versucht habe.

Erstens können wir durch eine Vorbehandlung der tierischen Gewebe die in Frage stehenden Substanzen so zu verändern suchen, dafs sie auf unsere bisherigen Tinktionsmethoden in gewünschtem Sinne reagieren. Dahin gehören die verschiedensten Härtungen und Beizungen mit Säuren, Metallsalzen, gerbenden Stoffen etc.

Zweitens kommen alle diejenigen Farbstoffklassen in Betracht, welche für die Kernfärbung sich weniger tauglich erwiesen haben, vor allem die grofse Gruppe der Azo-, besonders der Tetrazofarbstoffe, die

Phtaleine, Induline, Nigrosine, Indamine und Indophenole, die Anthrachinonfarbstoffe und die sulfosauren Salze der Triphenylmethanfarbstoffe.

Drittens sind möglichst viele bisher unbenutzte Stoffe auf ihre Beizwirkung zu prüfen, sowohl bei den bisher zur Kernfärbung verwendeten basischen Farbstoffen, als bei den neu zu prüfenden übrigen Farbstoffen und zwar sind die Beizen je nach der chemischen Natur der Farbstoffe zu varriieren.

Endlich kann man noch daran denken, die Entfärbung in anderer Weise vorzunehmen als bisher.

Ich will Sie nicht mit Resultaten aus den ersten 3 Versuchsreihen belästigen, sondern nur als Gesamterfolg mitteilen, dafs ich zwar einige einzelne bemerkenswerte specifische Tinktionen dabei erzielte, es aber bis jetzt nicht zu einer allgemein verwendbaren Methode der Protoplasmafärbung brachte. Ganz anders auf dem vierten, zuletzt von mir eingeschlagenen Wege.

Wenn man bedenkt, dafs eigentlich alle intensiv wirkenden, basischen Farbstoffe das Protoplasma und die Intercellularsubstanzen gewifs nicht ungefärbt lassen, sondern im Gegenteil überfärben, dieselben aber nur nicht den bisher benutzten Entfärbungsmitteln gegenüber festzuhalten vermögen, so liegt der Gedanke allerdings nahe, die Entfärbung mit schonenderen Lösungsmitteln als bisher vorzunehmen, um jene Substanzen gefärbt zu erhalten.

Der erste Stoff, den ich zu diesem Zwecke heranzog, war das bereits 1875 von mir zur successiven Entfärbung der mit Jodviolett gefärbten Hornschicht benutzte Kreosot. Nachdem sich alsbald die Überlegenheit des Buchenholztheer-Kreosots vor dem Steinkohlentheer-Kreosot herausgestellt hatte, experimentierte ich nur noch mit jenem weiter und erzielte speziell bei Lupus und Lepra schon ganz zufriedenstellende, aber leider nicht konstante Resultate. Buchenholztheer-Kreosot, wie wir es besonders seit dem Anraten Hagers allein als Heilmittel benutzen, besteht nun der Hauptsache nach aus zwei Körpern, dem Guajakol und dem Kreosol[2], die sich nur durch eine Methylgruppe unterscheiden:

Guajakol, $C_7H_8O_2$, Methyläther des Brenzkatechins, $C_6H_4\begin{cases}OH\\OCH_3\end{cases}$

Kreosol, $C_8H_{10}O_2$, Methyläther des Homobrenzkatechins, $C_6H_3\begin{cases}OH\\OCH_3\\CH_3\end{cases}$

---

[2] Ich habe neuerdings noch eine Reihe analog zusammengesetzter Körper als Entfärbungsflüssigkeiten untersucht, u. a. mit gutem Erfolge:
Eugenol, $C_{10}H_{12}O_2$, Methyläther des Phenols $C_9H_{10}O_2$. Auch
Styron, $C_9H_{10}O$ (Zimmtalkohol) ist brauchbar und entfärbt noch langsamer als Kreosol und Eugenol.

Das Guajakol ist bei weitem flüchtiger als das Kreosol und deshalb wohl auch therapeutisch das allein in Betracht kommende.

Ich vermutete nun, dafs die Inkonstanz der Resultate durch ein ververschiedenes Lösungsvermögen der beiden Stoffe für Anilinfarben und einen verschiedenen Gehalt der Kreosote an beiden Stoffen hervorgerufen sei. In der That erwies sich das Guajakol in reinem Zustande als ganz unbrauchbar, denn es löste die Farbstoffe etwa so rasch wie Alkohol oder Anilinöl. Das Kreosol in reinem Zustande dagegen löste den Farbstoff nur in beschränktem Mafse aus den überfärbten Schnitten und ich hatte nun die Freude, die durch Kreosot hin und wieder erzielten guten Entfärbungen bei Anwendung des Kreosols allerdings langsamer aber konstant auftreten zu sehen.

Ich habe bisher die Kreosolentfärbung hauptsächlich nach Methylenblaufärbung angewandt, einfach weil die letztere uns einen besonders grofsen Spielraum der verschiedensten basischen und sauren Beizen zu benutzen erlaubt. Die Färbung kann, wie ja in den meisten Fällen, entweder rasch in stärkeren Lösungen, in der Wärme und mit Zuhülfenahme von Beizen oder langsam in schwachen Lösungen in der Kälte vorgenommen werden. Die Schnitte müssen auf dem Objektträger gut d. h. zweimal kräftig mittelst Löschpapier getrocknet werden, weil das Kreosol nicht in gleichem Grade wie Anilinöl die Eigenschaft besitzt, den Schnitt zugleich zu entwässern. Besser ist es in vielen Fällen die überfärbten Schnitte einen Augenblick in absoluten Alkohol zu bringen, um sie für die Kreosolaufnahme vorzubereiten und sie deshalb etwas stärker zu färben als für die Kreosolentfärbung allein nötig wäre. Für Hautschnitte kann man als Regel aufstellen, dafs, wenn die Oberhaut sich vom subepithelialen Grenzstreifen der Cutis als dunkles Band abzuheben beginnt, die Schnitte aus dem Alkohol in Kreosol gebracht werden müssen, um richtig differenziert zu werden, da sonst der Alkohol die protoplasmatischen Substanzen zu stark entfärbt. Die einzuschiebende Entwässerung kann man auch durch kurze Behandlung in Anilinöl bewirken.

Wie man aber auch die Schnitte entwässert, durch Papier, Alkohol oder Anilinöl, immer mufs man sie eine geraume Zeit in Kreosol der Entfärbung und Differenzierung überlassen, die von einigen Minuten bis zu mehreren Stunden je nach dem Objekte und der Stärke der Färbung variieren kann. Für die isolierte Darstellung bestimmter Bindegewebszellen wird immer eine starke Färbung und langsamere Entfärbung vorzuziehen sein. Hier mufs bei noch unbekannten Objekten die Zeitdauer der Kreosolentfärbung zunächst unter dem Mikroskope bestimmt werden. Konkurrieren noch andere empfindliche Färbungen z. B. eine Vorfärbung mit saurem Orcein zur Darstellung des elastischen Gewebes nach Taenzer, so ist man auf eine rasche Färbung und Entfärbung angewiesen, und die

ganze Darstellung beschränkt sich dann auf einige Minuten. Ist die gewünschte Entfärbungsstufe erreicht, so wird sie durch Abspülen mit Xylol fixiert und der Schnitt eingebettet.

Die auf diese Weise leicht erreichbare, feinere Nüancierung betrifft alle protoplasmatischen Teile des Gewebes und deren Einschlüsse. Diese Methode gibt daher auch zugleich eine der besten und einfachsten Darstellungen der Mastzellen. Ich habe an keinen Präparaten bisher die Mastzellen sich so schön in kirschroter Farbe von den übrigen blauen Bindegewebszellen abheben sehen wie bei der Färbung mit rotstichigem Methylenblau[3] und einfacher Kreosolentfärbung. Im Gegensatz zu den andern Darstellungen der Mastzellen (Entfärbung durch Säuren, durch Anilinöl) erscheint an diesen Präparaten der Kern gefärbt und zwar blau gefärbt inmitten des rotkörnigen Protoplasmas.

Dieselbe Methode ist aber auch die beste, welche ich zur Darstellung der Mitosen an alkoholgehärtetem Gewebe kenne. Der Grund ist leicht verständlich. Denn einerseits müssen die in Mitosen begriffenen Zellen leichter in Kontrast hervortreten, wenn das Protoplasma im allgemeinen stärker gefärbt ist, da ja diese gerade ein aufgehelltes Protoplasma zeigen. Andererseits kommt hier aber noch hinzu, dafs durch Kreosol die Kerne im Allgemeinen stärker als sonst entfärbt werden, die Mitosen also relativ hervorstechen. Es trifft mithin für jede mitotische Zelle bei dieser Färbung ein relativ helles Protoplasma und ein relativ tief tingierter Kern zusammen. So kommt es, dafs selbst bei schwacher Vergröfserung und dickeren Schnitten die Mitosen des Epithels und Bindegewebes einem sofort und viel besser als sonst in die Augen fallen.

Die Kernkörperchen teilen nicht die relativ starke Entfärbung der Kerne durch Kreosol und treten daher regelmäfsig in jedem Kerne sehr scharf hervor. Bei schwacher Färbung markieren sie oft allein die Stelle des Kernes.

Ich wende mich nun zur Betrachtung eines pathologischen Objektes, welches zur Zeit im Mittelpunkt allseitiger Erörterung steht, das Lupus.

Dank der vorzüglichen Arbeiten über den Lupus, besonders der sich in mehreren Hauptpunkten widersprechenden von Friedländer und Baumgarten, ist die Histologie des Lupus eins der bestbekannten in der gesamten Hautpathologie. Wir wissen, dafs an der Stelle des weifsen, fibrillären Bindegewebes zunächst trockene, gefäfslose, rein zellige und daher gelblich durchscheinende Herde treten, jene kandiszucker-, honig-, apfelgeléefarbenen, oft nur punktförmigen Einsprengungen, welche dem Fachmann auch das kleinste Recidiv, den ersten Beginn des Lupus an-

[3] Ich verwende, wo es auf starke Metachromasie ankommt, alte alkalische Lösungen, in welchen Methylenviolett reichlich gebildet ist.

zeigen und mit keiner andern Elementarläsion verwechselt werden können. Wir wissen ferner, und dies ist von keiner Seite bezweifelt worden, dafs im Innern dieser Herde sich sog. Epithelioidzellen und Riesenzellen bilden und dafs von aufsen Einwucherung von Epithel, Neubildung von Blutgefäfsen und von fibrillärem Gewebe sich fast regelmäfsig mit diesen typischen Herden kombinieren, während diffuse Nekrose im Gegensatz zu andern Tuberkeln dem Lupus fremd ist (BAUMGARTEN).

Fraglich erschien die Rolle, welche bei diesen Prozessen die Wanderzellen spielen, ob sie sich an der Bildung der Epithelioidzellen, der Riesenzellen oder doch wenigstens an der peripherischen Zone kleinerer Zellen beteiligen. BAUMGARTEN wird nach seinen eigenen Studien über die Iristuberkulose der Kaninchen die Teilnahme der Leukozyten beim Lupus nicht hoch anschlagen und ihnen höchstens eine sekundäre Rolle zuschreiben. Leider ist BAUMGARTEN in seinem *Lehrbuche der Mykopathologie* auf den Lupus nicht ausführlich eingegangen.

Jedenfalls aber ist gerade durch seine Untersuchungen die alte Anschauung, welche den Lupus wie jeden Tuberkel von auswandernden Zellen ableitete, gründlich erschüttert worden.

In dieser immer noch schwebenden Frage gibt nun die von mir soeben geschilderte Protaplasmafärbung eine bündige Antwort und eine nicht minder befriedigende auf die Frage nach der Entstehung der sogenannten Epithelioidzellen und der Lupus-Riesenzellen. Wählt man ein makroskopisch kaum sichtbares eben entstandenes Lupusknötchen zur Untersuchung, so sieht man einen oder mehrere runde zellige Herde gewöhnlich dicht unter der Oberhaut oder eine oberflächliche mehr diffuse Zelleninfiltration, welche sich von dem normal vasularisierten, kollagenen und elastischen Gewebe der Umgebung scharf abhebt, indem an Stelle der Herde beides, kollagenes wie elastisches Gewebe, ersteres noch vollständiger als letzteres verschwunden ist. Diese Zellen sind an den kleinsten Herden ungemein grofs und tief dunkel gefärbt, sodafs sie schon bei schwacher Vergröfserung den Eindruck von gewöhnlichen Mastzellen machen. Bei starker sind sie zudem deutlich gekörnt, von nahezu kubischer oder rhombischer Form und den dicht gehäuften Mastzellen bei Urticaria pigmentosa sehr ähnlich. Nur fällt es auf, dafs keine lang gestreckten Zellformen, wie ja stets bei Mastzellen, vorkommen, dafs keine so regelmäfsige Anordnung und Form der Körner besteht, dafs dieselben überhaupt viel feiner und statt metachromatisch blaurot oder violett rein blau gefärbt sind, sowie endlich, dafs der Kern mitgefärbt wird, wenn auch schwächer als das Protoplasma.

Zur Gewifsheit, dafs es sich nicht um Mastzellen handelt, gelangt man aber sofort, sowie echte Mastzellen neben denselben auftauchen. Zwar haben diese innerhalb der Zellenherde auch durch Druckwirkung

eine annähernd kubische Form angenommen, aber viel gröbere Körner und diese sind sehr schön metachromatisch gefärbt.

Auf dem Ihnen vorliegenden Präparate scheiden sich die Zellenarten in tiefblaue Lupuszellen und kirschrote gewöhnliche Mastzellen. Allerdings bleibt bei dieser schonenden Entfärbung auch der Kern der Mastzellen, wie bereits hervorgehoben, blafsblau gefärbt, so dafs die Zellenarten sich in diesem Punkte nicht unterscheiden.

Es liegt für jeden, der die tiefblau gefärbten, grobkörnigen Zellen neben den Mastzellen sieht, nahe, an einen Übergang beider Zellenarten zu denken. Aber ein solcher besteht nirgends. In den rotkörnigen Zellen findet sich kein blaues Korn und die blau gefärbten Zellen zeigen kein rotes. Sodann finden sich in der Umgebung der Herde wohl auch blaue Zellen von etwas gestreckterer Form, aber nie nehmen sie die abenteuerlich verlängerten, gedrehten und ausgebuchteten Gestalten freiliegender Mastzellen an; andererseits kommen hier keine Mastzellen in Herden vor, sondern sie halten sich wie gewöhnlich einzeln auf in respektvoller Entfernung von einander. Genug, es giebt keinen Übergang von den albuminösen, granulierten Lupuszellen zu den mucinösen,[4] granulierten Mastzellen desselben Gewebes.

Auf der andern Seite findet man alle nur wünschenswerten Übergänge dieser gekörnten grofsen Zellen nach aufsen gegen das gesunde Gewebe hin zu abnorm protoplasmareichen und schliefslich zu normalen Bindegewebszellen.

Aus diesen entstehen also die tiefblauen grofsen Zellen durch Zunahme und Abrundung des Zellleibes, während der Kern ebenso grofs, bläschenförmig und hell bleibt und einen ähnlichen tinktoriellen Gegensatz bei dieser Färbung zum Protaplasma zeigt, wie die Kerne der Mastzellen bei ihrer gewöhnlichen Darstellung, nur in schwächerem Grade. Er bleibt nämlich in der Färbung zurück und erscheint dadurch als eine hellere Lücke im Protaplasma, die sich als Kern oft nur durch das stark tingierte Kernkörperchen dokumentiert. Die Körnung des Protaplasmas ist so fein, dafs selbst die allerstärksten Vergröfserungen an isoliert liegenden Zellen die einzelnen Körner nicht gut als solche zu erkennen erlauben, also eine Körnung höherer Ordnung als die der Mastzellen und der Granula von Altmann.

Wenn diese Zellen nun auch mit Mastzellen nur eine oberflächliche Ähnlichkeit besitzen, so sind sie doch mit einer Zellenform identisch, welche in der normalen Histologie seit langer Zeit bekannt ist und ihrerseits ursprünglich mit der Mastzelle zusammengeworfen wurde, mit Waldeyers Plasmazelle.

[4] Nach Hoyers schönen Untersuchungen ist es neuerdings sehr wahrscheinlich geworden, dafs die Körner der Mastzellen aus Mucin bestehen.

In seiner ersten Arbeit über diesen Gegenstand (1877) trennte EHRLICH bekanntlich seine Mastzellen noch nicht von den Plasmazellen WALDEYERS, sondern erst später. Trotzdem werden häufig noch Plasmazellen und Mastzellen konfundiert und auch die ersteren EHRLICH zugeschrieben. WALDEYER gebührt das Verdienst, im Gegensatz zu dem RANVIERschen Schema der geflügelten, platten Bindegewebszelle hervorgehoben zu haben, dafs an vielen Orten im Bindegewebe Zellen mit voluminösem, körnigem Protoplasmaleibe ohne blattähnliche, membranöse Anhänge vorkommen. Ihres verdichteten und massigen Protoplasmas wegen nannte er sie: Plasmazellen.[5] Seine Beschreibung entspricht vollkommen unsern Lupuszellen. Herr Professor WALDEYER war überdies so freundlich, meine Lupuspräparate einer Prüfung zu unterziehen und mir zu schreiben, dafs er kein Bedenken trage, die grofsen gekörnten, blau gefärbten Zellen als Plasmazellen in dem von ihm verstandenen Sinne anzuerkennen.

Wenn wir uns nun fragen, als was diese ja sicher immer gesehenen, und nur durch die neue Färbemethode in specifischer Weise hervorgehobenen Zellen denn bisher gegolten haben, so giebt es darauf wohl nur eine Antwort, sie stellen diejenigen grofsen Zellen vor, auf welche man bisher den Namen Epithelioidzellen beim Lupus, resp. beim Tuberkel im allgemeinen anwandte. Sie finden sich in der That an denselben Stellen bei jeder Tuberkulose, wo die sog. Epithelioidzellen sich finden sollen, massenhaft in den jüngsten Herden und spärlicher an der Peripherie in den älteren. Dieser Name mag nun zur Zeit seiner Erfindung als vorläufige Benennung ganz am Platze gewesen sein, heutzutage ist er ebenso unberechtigt, wie er unschön ist. Denn wir wissen jetzt nachgerade genug vom Bau und den Farbenreaktionen der Epithelzellen, um nicht mehr jede annähernd kubische Zelle als epithelähnlich anerkennen zu müssen. Jedenfalls sollte sich jeder Dermatologe scheuen, noch weiterhin von diesem Namen Gebrauch zu machen, wenn ein passenderer an dessen Stelle gesetzt werden kann. Auf die Differenzen im Bau zwischen Plasmazellen und wahren Epithelien einzugehen, ist wohl ganz überflüssig; vor allem fehlt ihnen ja der Stachelpanzer und die Verbindung mit den Nachbarzellen. Aber es ist vielleicht nicht überflüssig, darauf hinzuweisen, dafs gerade die besprochene Tinktionsmethode auch die tinktoriellen Differenzen zwischen beiden schön hervorhebt. Die Plasmazellen werden wie alle einfachen Bindegewebszellen rein blau gefärbt, die Epithelien dagegen zeigen einen leichten Grad von Metachromasie, einen deutlichen violetten Stich. Während im Bindegewebe besondere Zellen, die EHRLICHschen Mastzellen, zu Mucinzellen, elementaren Mucindrüsen umgebildet

[5] W. WALDEYER. Über Bindegewebszellen. *Max Schultzes Archiv.* Bd. XI. p. 176. 1875.

sind, scheint das Oberflächenepithel in allen Zellen gleichmäfsig neben den Eiweifssubstanzen einen gewissen Mucingehalt zu beherbergen.

Die Plasmazellen sind nun der wichtigste, weil erster Teil eines jeden Lupusknötchens und sie finden sich in derselben Rolle auch bei den übrigen Formen der Hauttuberkulose. Ihre Bildung repräsentiert das erste Stadium des Hauttuberkels und ist zunächst mit keinem weiteren Ereignis verknüpft als mit dem Schwund des kollagenen und elastischen Gewebes an derselben Stelle. Es sind keineswegs vorzugsweise die Gefäfsendotelien der Kapillaren, die sich zu den Plasmazellen umbilden; alle Bindegewebszellen, die von dem infektiösen Reiz getroffen sind, machen diese progressive Veränderung durch. Immerhin findet man in der Nachbarschaft eines Lupus, besonders nach der Tiefe zu, weniger oft an der Oberfläche der Haut und überhaupt durchaus nicht ausschliefslich die jungen Plasmazellentuberkel ihren Ausgangspunkt in den Adventitiazellen nehmen und demzufolge die Gefäfszüge weithin von Plasmazellen begleitet. Es ist dieses ja die natürliche Folge davon, dafs die resorbierte, das Tuberkulin führende Lymphe von den Hautvenen zum gröfsten Teile wieder aufgesogen wird. Von Gefäfsneubildung um diese jungen Tuberkel ist ebenso wenig die Rede wie von wahrer Entzündung mit Auswanderung. Und nirgends findet man eine Andeutung von der früher oft angenommenen Umwandlung von Wanderzellen in Plasmazellen (Epithelioidzellen). Die wenigen Wanderzellen, denen man in der Umgebung des Tuberkels begegnet, sind durch ihr helles Protoplasma, ihren kleinen, stark tingierten, oft eingeschnürten oder gelappten Kern und ihre Kleinheit von den Plasmazellen aufserordentlich weit unterschieden.

Die weiteren Schicksale der Plasmazellen gehen nun zunächst nach zwei Richtungen auseinander. Entweder degenerieren die Plasmazellen direkt zu den centralen Zellen des Lupusknötchens oder sie machen vorher noch einen intensiven Proliferationsprozefs durch. Da das Ende von beiden Vorgängen dieselbe degenerierte Plasmazelle ist, wollen wir zuerst das häufig, aber nicht immer eingeschobene Zwischenstadium der Proliferation betrachten. Dann schlägt die bisher bestandene Hypertrophie der Bindegewebszellen in Hyperplasie um. Die Kerne tingieren sich dunkler und teilen sich mit den Zellen. Die Leiber der jungen Zellen zeichnen sich durch dieselbe specifisch dunkle Färbung aus, aber werden bei der Proliferation rasch kleiner und schliefslich bis auf einen feinen dunklen Saum um den Kern reduziert, welch letzterer trotz der fortdauernden Teilung so ziemlich seine Gröfse behält. Wo die Plasmazellen ursprünglich einzeln zwischen kollagenen Bündeln lagen, zerfallen sie in geradezu kubische Teilstücke von derselben starken Tingibilität. Wo sie in gröfseren Haufen beisammenliegen, streben die Tochterzellen der Kugelgestalt zu oder sind facettiert. Die junge Zellenbrut

unterscheidet sich von den ursprünglichen Plasmazellen also nicht durch die Färbung, sondern nur durch den relativen Schwund des Protoplasmas und sodann durch die ungleich stärkere Tingibilität der schön runden oder ovalen Kerne. Diese Nester von Tochter-Plasmazellen werden gemeiniglich auch heute noch für Herde von Wanderzellen gehalten, besonders wenn sie das Lupusknötchen wallartig umgeben, und werden auch bei einfacher Kernfärbung oft nicht gut von solchen zu unterscheiden sein. Bei guter Protoplasmafärbung ist ein solcher Irrtum nicht möglich. Die kleine Tochterplasmazelle unterscheidet sich von der Wanderzelle oft zwar nicht sehr in der Gröfse, aber stets durch den Rest stark tingiblen Protoplasmas und durch den schon weniger tingiblen grofsen, runden Kern.

Nicht immer teilt sich der grofse Leib der Plasmazellen so rasch wie der Kern, und dann entstehen die bekannten mehrkernigen, kleinen und gröfseren Zellen des Lupus, die aber noch nichts mit den eigentlichen grofsen sogenannten Lupusriesenzellen zu thun haben.

Die Degeneration ergreift nun die grofsen Plasmazellen oder deren kleine Abkömmlinge beide in derselben Weise, aber die entstehenden Bilder sind danach verschieden. Stets wird zuerst und in hervorragender Weise das Protoplasma ergriffen, sehr spät, oft gar nicht die Kernsubstanz. Im Gegenteil proliferieren die Kerne noch häufig, während das Protoplasma schon degeneriert. Es handelt sich hier also nicht um eine Koagulationsnekrose, wie wir denn auch das Protoplasma noch keineswegs geronnen und überhaupt noch nicht für abgestorben halten dürfen. Es ist schwer zu sagen, zu welcher Kategorie von Degenerationen man diese Veränderung zählen soll. Das Protoplasma ist nur angeschwollen und homogener geworden. Ersteres wird bewiesen dadurch, dafs die Zellen der Kugelgestalt zustreben, letzteres durch die verminderte Tingibilität, das Verschwinden der Körnung. Um eine hydropische Schwellung, wie sie so oft an den Epithelien bei infektiösen Prozessen vorkommt, kann es sich nicht handeln. Die Zellen sind solide, fest, trocken und zeigen keine Vakuolen, wie denn bekanntlich der Tuberkel von vornherein ein abnorm trockenes Gewebe darstellt. An eine schleimige Degeneration ist aus denselben Gründen nicht zu denken. Die Reaktionen des Amyloids und Hyalins fehlen der aufgehellten Substanz, wie denn überhaupt die kolloidelen Veränderungen des Protoplasmas schon durch die mangelnde stärkere Lichtbrechung, den mangelnden Glanz ausgeschlossen sind. Das aufgehellte, weniger tingible Protoplasma ist von Aussehen matter, weder feucht, noch glasig, noch körnig, noch geronnen. Es liegt eine Degeneration eigener Art vor, die am meisten Analogie noch mit der „trüben Schwellung“ Virchows hat und ihr als homogene Schwellung gegenübergestellt werden könnte. Von der Koagulations-

nekrose Weigerts unterscheidet sie sich bestimmt durch das Verhalten der Kerne und den mangelnden Zellentod. Wir haben uns den Vorgang entweder so zu denken, dafs dabei die feinen Körner der Plasmazellen zu einer homogenen Substanz verquellen, in ähnlicher Weise wie die Keratohyalinkörner bei der Verhornung[6], oder dafs von aufsen ein fremder Körper in die körnigen Zellen aufgenommen wird, welcher ihr Plasma in eine homogene, feste Substanz verwandelt, ohne es zum völligen Absterben zu bringen. Ist die letztere Auffassung die richtige, handelt es sich um eine von aufsen kommende, die vom Gift getroffenen Zellen durchspülende Flüssigkeit, so kann es jedenfalls nicht die alkalisch reagierende, normale Gewebsflüssigkeit sein, denn sonst würden sich hydropische Erscheinungen zeigen und die Tingibilität der Kerne würde sofort abnehmen. Es mufs sich vielmehr um einen Stoff handeln, der die Alkalescenz der Lymphe abstumpft und zugleich mit dem Bacillengift abgesondert wird oder um den infektiösen Stoff selbst, der mit dem körnigen Protoplasma eine homogene Verbindung eingeht. Derselbe dürfte dann allerdings auch keine ähnliche Eigenschaft wie die gewöhnlichen Alkalien besitzen, oder neben derselben eine andere, welche das Nuklein konserviert und dem Einflusse des Alkalis entzieht.

Diese Degeneration, welche ich vorderhand unpräjudizierlich die homogenisierende nennen will, befällt nun an den grofsen Plasmazellen zuerst nur einzelne Stellen, einen Zipfel der Zelle oder eine Hälfte derselben, während die anderen Teile, besonders die in der Nähe der Kerne gelegenen stark tingibel und körnig bleiben. Proliferieren diese Kerne, so pflegt sich der Zellkörper nicht mit zu teilen und es entstehen auf diese Weise bereits „kleine Riesenzellen“. Oder, und dieses ist der seltenere Fall, auch der Kern hellt sich allmählich auf, ohne übrigens wie das Protoplasma anzuschwellen und ohne seinen scharfen, bläschenförmigen Kontur dabei zu verlieren.

Die kleinen Plasmazellen, wenn sie von der Degeneration ergriffen werden, verwandeln sich leicht und oft gruppenweise in homogene runde Schollen, in denen noch stets Konturen der Kerne nachweisbar sind. Viele von ihnen entziehen sich der Degeneration aber auch nach einem Gesetze, welches bei allen Degenerationen wirksam ist. Überall entgehen bekanntlich die später angegriffenen Gewebe dann der Vergiftung und Auflösung, wenn sie vorher durch die Degeneration der benachbarten Gewebe komprimiert worden sind.[7] Da hier die zuerst ergriffenen Zellen anschwellen, so komprimieren sie die nächstgelegenen und diese ordnen sich daher stets ringförmig oder halbmondförmig um das degenerierende

[6] Umwandlung des Stratum granulosum in die untere fettfreie Lage der basalen Hornschicht.

[7] Man vergleiche z. B. die Vorgänge bei der Pustelbildung.

Centrum. Da in diesen aus den benachbarten Zellen gebildeten Ringen und Halbmonden die Zellen und ihre Kerne besser tingibel bleiben, so erscheint der ganze degenerierende Zellenherd des Tuberkels im zweiten Stadium der homogenisierenden Degeneration aus rundlichen Figuren mosaikartig zusammengesetzt.

Man muſs ja im groſsen und ganzen histologisch zwei Formen von Lupus unterscheiden, den diffus und den herdweise fortschreitenden, welche allerdings durch kaum merkliche Übergänge verbunden sind. Wo die kollagene Substanz zurücktritt gegen den Reichtum an Gefäſsen, wie am Gesicht, ist das Hauptfeld der ersteren, wo umgekehrt die Haut gefäſsarm, dagegen an kollagenem Gewebe reich ist, wie an den Armen und Beinen, der letzteren Art. Das eben besprochene ringförmige Mosaik finden wir nun am schönsten in den kleinen solitären Lupusherden der letzteren Form ausgeprägt, da diese nach auſsen fest abgekapselt eine sehr langsame regelmäſsige Entwickelung durchmachen. Es sind dieselben Lupusherde, die sich unter Umständen später fast ganz in Riesenzellen verwandeln. In den diffusen Lupusformen dagegen tritt innerhalb der groſsen Stränge von Plasmazellen nur hier und da dieses für Lupus charakteristische annuläre Zellenmosaik auf, was mit der geringeren Spannung des Gewebes zusammenhängt. Die homogen werdenden diffusen Zellenstränge zeigen mehr eine gleichmäſsige Struktur und erinnern dadurch noch am meisten an den Käse und an die wahre Nekrose im Bereich anderer Formen der Tuberkulose. Aber auch diese aufgehellten Zonen sind nicht wirklich verkäst, nicht nekrotisiert, überall erkennt man noch die Konturen der aufgehellten, geblähten Zellen und die ihrer Kerne, sie sind von vielen wohl erhaltenen, gut tingiblen Zellen durchsetzt, besonders auch von allerdings verkleinerten Mastzellen und sie können sich endlich direkt ohne vorhergehende Verfettung oder Ulzeration in fibröses Gewebe, in das lupöse Narbengewebe umwandeln. Ich stelle mich hiermit ganz vollkommen auf den Standpunkt von Baumgarten, der im Lupus keine Verkäsung und keine Nekrose anerkennt. Eine solche setzt immer das Vorhandensein viel reichlicherer Tuberkelbacillen voraus, als sie im Lupus vorkommen.

Das dritte Stadium ist charakterisiert durch die Bildung der groſsen, eigentlich sogenannten Riesenzellen, welche allerdings im strengen Wortsinne keine Zellen sind. Ich kann deren Bildung nur mit wenigen Worten streifen, da es mir heute vor allem auf die Bedeutung der Plasmazellen ankommt und nicht auf die feinen Details der Lupushistologie. Die groſsen sogenannten Riesenzellen bestehen aus einem degenerierenden und einem normalen, ja üppig proliferierenden Teile, die beide nur durch die Anschwellung des ersteren innig zusammengeschweiſst erscheinen. Ihr Dasein hat das soeben besprochene ringförmige Zellenmosaik, also

eine gewisse Kompression des gesunden durch degeneriertes, geblähtes Gewebe zur Voraussetzung. Die degenerierten Zellen mit Einschluſs von degenerierenden, kollagenen oder elastischen Fasern, eventuell von Bacillen werden als ein Ganzes von den nächstliegenden proliferierenden Zellen umwachsen, selten allseitig, meist nur zum Teile, so daſs der proliferierende Teil dem degenerierenden kappenförmig aufsitzt. Will man den letzteren eine Riesenzelle nennen, da er durch Kernteilung einer oder mehrerer Zellen ohne Teilung des Protoplasmas erzeugt ist, so ist dagegen kaum etwas einzuwenden. Man hat sich aber zu erinnern, daſs diese Riesenzellen kappen- oder ballonförmig gestaltet und vielfach von Lücken durchbrochen sind. Daſs das degenerierende, unter Umständen aus sehr heterogenen Teilen zusammengesetzte Centren eben nur umwachsen wird, davon habe ich mich auf das Bestimmteste an einem Lupus überzeugt, welcher fast in jeder Riesenzelle elastische Fasern enthielt, wie SUDAKEWITSCH es ja bereits anschaulich beschrieben hat. Bei vielen Riesenzellen gingen aber die elastischen Fasern quer durch dieselben hindurch, konnten mithin nicht nach Amoebenweise gefressen,[8] sondern nur umwachsen sein und zwar zugleich mit den nekrotischen Zellenballen, welche ursprünglich die elastischen Fasern umgaben. Charakteristisch ist auch, daſs hin und wieder innerhalb dieser degenerierenden Zellenballen mittelst unserer Protoplasmafärbung noch gut tingible ganze Zellen mit ihrem Kern sichtbar gemacht werden können, also im Centrum der nach bisherigen Begriffen als Einheit aufgefaſsten Riesenzellen.

Von den Komplikationen des Lupus, der Epithelwucherung, den Veränderungen der Knäueldrüsen, der elephantiastischen Bindegewebswucherung, von der Eiterkokkeninfektion und dem ulzerösen Zerfalle will ich absehen und nur einen und zwar den natürlichsten und dauerhaftesten Folgezustand des Lupus betrachten, da er direkt an die Existenz der Plasmazellen anknüpft, an die Bindegewebsentwickelung, die Bildung der lupösen Narbe. Der Lupus unterliegt bekanntlich an gewissen Individuen und an gewissen Prädilektionsstellen (Vorderarme) einer Spontanheilung. Dieselbe schlieſst aber nur sehr selten mit vollständiger Ausheilung ab, sondern beschränkt sich gewöhnlich nur auf eine Ausheilung in der Mitte, während der Rand serpiginös fortschreitet. Immerhin ist die Mitte dieser spontan heilenden Fälle schlieſslich frei von jedem Lupusknötchen und wer zuerst Gelegenheit hat, derartige vernarbte Flächen von 10 und 20jährigem Bestande zu untersuchen, ist

[8] Ich kann diese Auffassung von SUDAKEWITSCH auch aus anderen Gründen nicht teilen, muſs es mir aber versagen, auf diesen Punkt näher einzugehen. Die Vakuolen um einige elastische Fasern innerhalb der Riesenzellen halte ich teils für eine Folge der Retraktion des in vivo geblähten Zellklumpens in den Härtungsflüssigkeiten (wie den äuſseren festonnierten Rand mancher Riesenzellen), teils für die äuſsere gequollene Wand der elastischen Faser selbst.

erstaunt über die Glätte und das gleichmäfsige Aussehen derselben, welches die Resultate der meisten Behandlungsarten weitaus übertrifft. Wir waren nun bisher gewohnt, derartige Flächen für nicht mehr lupös, den Krankheitsprozefs daselbst für vollkommen erloschen zu halten, und diese Anschauung ist auch insofern berechtigt, als in diesen Fällen von langsamer Spontanheilung nie wieder im Centrum neue Knötchen auftauchen. Aber die spontane Lupusnarbe ist auch nicht, wie man bisher meist angenommen, ein einfach indifferentes Narbengewebe, welches ebenso konstituiert wäre wie die Narbe eines beliebigen ulzerösen Prozesses. Sie ist zunächst dadurch charakterisiert, dafs sie nie wieder elastisches Gewebe produziert. Sodann ist das kollagene Gewebe nicht mehr in sich kreuzenden Bündeln angelegt, sondern einfach parallel der Oberfläche, also horizontal geschichtet. Auch besitzen die einzelnen Fibrillenbündel nicht die scharfen Konturen wie im normalem Bindegewebe der Cutis, sondern ihnen lagern grofse, relativ protoplasmareiche Zellenspindeln und Zellplatten auf, deren Querschnitt der Haut ein regelmäfsig streifiges Ansehen verleihen. Histologisch ist also die im spontanen Ablaufe des Lupus erzeugte Narbe eine von anderen bindegewebigen Tumoren leicht zu unterscheidende Neubildung sui generis. Dieses histologische Resultat hat neuerdings durch das therapeutische der Injektion von Tuberkulin eine willkommene Bestätigung erfahren, worüber ich Ihnen nächstens zu berichten hoffe. Die Lupusnarbe ist in der That kein indifferenter Ersatz des Lupusgewebes, sondern selbst ein lupöses Gewebe von bemerkenswerter Dauerhaftigkeit.

Untersucht man nun nach der von mir angegebenen Methode die Übergangsstadien zwischen dem aus Plasmazellen bestehenden Tumor und der lupösen Narbe, so gewahrt man, dafs beide direkt ineinander übergehen, indem die beschriebene kollagene Substanz von eigentümlicher Form sich zwischen die platt werdenden Plasmazellen einschiebt.[9] Zunächst bleiben die homogenisierten Herde mit oder ohne fertige Riesenzellen ausgespart und heben sich dadurch nur noch schärfer von ihrer Umgebung ab. Allmählich werden sie auch von kollagenen Fasern der beschriebenen Art durchsetzt und verschwinden spurlos, indem sie sich ebenfalls in Zellplatten verwandeln oder vielleicht zum Teil resorbiert werden.

Von den oben erwähnten Komplikationen abgesehen, steht also am Ende wie am Anfang der normal verlaufenden Geschichte des Lupus ein sehr dauerhaftes Gewebe, hier ein rein zelliges, dort ein zellig fibröses, beide, obgleich nicht von der anerkannten

[9] Ob sie aus oder nur zwischen den Plasmazellen entsteht, will ich hier dahingestellt sein lassen.

Struktur des im engeren Sinne sogenannten Tuberkels, doch nicht minder lupös, d. i. tuberkulös als jener. Es wird nun von Vielen gewifs als Geschmacksache betrachtet werden, welches Gewebe man als vorzugsweise tuberkulös ansehen will. Bei den ungemein mannigfaltigen Bildungen, welche die Tuberkulose in den verschiedensten Geweben und Organen hervorruft, ist es in der That schwer, ein einheitliches Schema der Wirkung aufzustellen, und so hat man denn, wie die Geschichte lehrt, in jeder Epoche der wissenschaftlichen Medizin in histologischer Beziehung ein anderes Symptom als Kriterium der Tuberkulose aufgestellt. Immerhin wird man sich aber doch über einige leitende Gesichtspunkte einigen können, die später vielleicht zu einer für alle Organe allgemein anwendbaren Auffassung führen. Zunächst wissen wir mit Sicherheit, dafs es die Zahl der auf einem bestimmten Raum vorhandenen Bacillen bestimmt, welche Erscheinungen wir zu erwarten haben. Sodann lehrt uns besonders das Beispiel der Haut, dafs die Möglichkeit oder Nichtmöglichkeit einer ausgiebigen Vaskularisation einen bedeutenden Einfluſs auf den Verlauf ausübt. Den akutesten Prozefs hat man bei vielen Bacillen und reichlicher Vaskularisation, den chronischsten bei dem Zusammentreffen von spärlichen Bacillen und ärmlicher Gefäfsversorgung zu gewärtigen. Bei jenen wird man viele Details der Wirkung nicht verfolgen können, dagegen die grofsartigsten Zerstörungen beobachten, bei diesen vielleicht im ganzen nur unscheinbare Veränderungen sehen, aber in sehr klarer Weise den Verlauf des Prozesses übersehen können. In letztem Falle befindet sich die Haut. Als ein mit Ausnahme des finalen Stadiums der Phthise überhaupt ungünstiger Nährboden für Tuberkelbacillen bewahrt sie unter dem Bilde des Lupus die primären Veränderungen der Gewebe in ausgezeichneter Weise und leitet oft genug, ohne es überhaupt irgendwo zur Nekrose kommen zu lassen, einen Heilungsvorgang ein, in welchem alle Veränderungen ebenso langsam rückgängig werden, wie sie gekommen sind. Hierin liegt der Grund, dafs der Lupus stets den progressiven Charakter eines floriden Tumors im Gegensatz zu anderen Formen der Tuberkulose behält. Er liefert gewifs ein einseitiges Bild der Tuberkulose überhaupt, aber ein sehr lehrreiches, welches verdient, als ein Paradigma an das eine Ende der Stufenleiter von verschiedenen Wirkungen des tuberkulösen Giftes gestellt zu werden. Die Probe auf die Richtigkeit dieses Satzes liefern die Fälle, in denen die Haut ihrem eigentlichen Wesen untreu wird, z. B. bei sekundärer Infektion von unterliegenden Organen aus, der sogenannten chirurgischen Tuberkulose der Haut. Ein durchbrechendes Hautgeschwür, eine Fistel liefert mit einem Male ganz andere und sonst wohl bekannte Bilder, nämlich wirkliche Verkäsungen der Haut durch den Einbruch eines bacillenreichen Materials in dieselbe. Auch dann findet man Lupusgewebe in der Haut, aber nur am Rande

gegen das Gesunde hin in bescheidener Entfernung vom Centrum der übermäfsigen Vergiftung, und demgemäfs unterbleibt auch jeder spontane Heilungsvorgang. Und so wird man auch an den weniger günstig gestellten inneren Organen in der Umgebung der nekrotischen Herde und der speziell sogenannten Tuberkel noch Reste, Schalen von „Lupusgewebe", wenn ich mich so ausdrücken darf, d. i. von Plasmazellen, Reste vom Muttergewebe jedes Tuberkels finden.

Dieses Muttergewebe des bisher sog. Tuberkels hat neuerdings eine erhöhte Bedeutung gewonnen, durch den specifischen Einfluſs, den das Tuberkulin auf dasselbe ausübt. Es war mir schon bei Kochs erster Veröffentlichung klar, daſs er speziell die Plasmazellen im Auge hatte, als er sagte, daſs die Stärke der lokalen und allgemeinen Reaktion parallel ging dem vorhandenen Vorrat an tuberkulösem Gewebe. Denn seine Haupterfahrung gründete sich damals auf den Lupus und in diesem besteht die gröſste Masse des kranken Gewebes aus Plasmazellen. Und in der That ist es genau so, wie Koch es zunächst mit Hinweis auf den Lupus aufstellte, leider genau so. Mit der Resorption des Plasmazellentumors und, wie ich allerdings sofort hinzufügen muſs, der lupösen Narbe, besser gesagt, des lupösen Fibroms ist die Wirkung des Tuberkulins beendet. Schon die degenerierten Plasmazellen, die durchaus noch nicht nekrotisch sind, werden vom Tuberkulin nicht mehr erheblich angegriffen. Koch hätte diese tuberkulösen Gewebe näher bezeichnen können, wenn es bisher nicht überhaupt an einem bezeichnenden Namen gefehlt hätte. Und einen solchen würden wir wohl bereits besitzen, wenn die Geschichte der Tuberkulose anstatt an der Lunge, dem Gehirn und Auge an der Haut studiert worden wäre.

Wir haben freilich das Wort Granulom und Granulationsgewebe für solche Zustände, aber diese Begriffe wurden in den zwei letzten Jahrzehnten so verquickt mit der Idee der Emigration, daſs sie für die Plasmazellen des Lupus nicht brauchbar sind. Zudem verhalten sich alle sog. Granulome in Bezug auf die Plasmazellen verschieden. In der Weise wie im Lupus kommen sie z. B. bei Lepra gar nicht vor, dagegen finden wir sie wieder in ausgezeichneter Weise im Rhinosklerom, wie Ihnen das ausgestellte Präparat zeigt und zwar als Mutterzellen der dort vorkommenden eigentümlichen Degenerationsformen. Aus diesem Grunde können wir die Plasmazellen auch nicht einfach als Lupusgewebe charakterisieren; sie sind eben auch bei anderen Prozessen vorhanden. Wir müssen ihrem geschwulstartigen Vorkommen bei diesem letzteren endlich einen besonderen Namen geben, um so mehr als wir jetzt eine einfache Farbenreaktion auf dieselbe besitzen und da scheint es mir das Einfachste zu sein, von einem **Plasmom des Lupus, des Rhinoskleroms** zu sprechen. Wir können uns dann allgemein verständlich ausdrücken, indem

wir sagen: das Tuberkulin hat chemische Beziehungen zu dem tuberkulösen Plasmom und dem tuberkulösen Fibrom, es wirkt auf diese beiden Teile des Lupus und vielleicht aller tuberkulösen Prozesse zerstörend und resorbierend ein.

Nachdem ich soweit in der histologischen Betrachtung des Lupus gekommen war, versuchte ich die aus den histologischen Bildern gewonnenen Anschauungen auf dem Wege des Experiments zu befestigen und zu klären. Hierzu steht uns ja jetzt das von KOCH dargestellte „Tuberkulin" zur Verfügung, in welchem wir jedenfalls gewisse Stoffe besitzen, die der lebendige Tuberkelbacillus ausscheidet oder in die der tote zerfällt.

Wir haben andrerseits an der menschlichen Haut ein Gewebe vor uns, welches, wie Transplantationsversuche lehren, 10 Stunden und länger nach dem Tode den Organismus überlebt. Wir können also in aller Ruhe während dieser langen Zeit des Absterbens das Tuberkulin auf excidierte Hautstücke bei Körpertemperatur wirken lassen und die Resultate mit den Wirkungen der Tuberkelbacillen im Lupus vergleichen. Diese sind nun in der That ungemein tiefgehend und charakteristisch; aufser den ätzenden Säuren und Alkalien kenne ich keinen Stoff, welcher so stark zerstörende Wirkungen auf gewisse Teile des Hautgewebes zu äufsern im stande wäre.[10]

Zuerst standen mir von einem excidierten Hautkarzinom teils Karzinomstückchen, teils gesunde Hautstücke zur Verfügung. Ich versenkte kleine Portionen von beiden, einerseits in unverdünntes Tuberkulin, andererseits in eine wässerige Kontrollflüssigkeit mit 40 % Glycerin und ½ % Karbolsäure; daneben härtete ich natürlich auch andere Teile direkt in Alkohol. Nachdem die tuberkulinisierten und glycerinisierten Stücke 24 Stunden im Brütofen gestanden hatten, zeigten sie bereits makroskopisch evidente Verschiedenheiten. Die glycerinisierten waren weit über ihre vorherige Gröfse aufgequollen, weich, hell, durchscheinend, die tuberkulinisierten, trotzdem hier ja auch Glycerin mitgewirkt hatte, gelb rötlich gefärbt, nicht im mindesten vergröfsert und aufgequollen, sondern im Gegenteil deutlich verkleinert und weit härter als die glycerinisierten Kontrollstücke. Nach Alkoholhärtung wurden die Schnitte mit Methylenblau gefärbt und mit Kreosol entfärbt. Hier war nun nach der Alkoholhärtung die Schrumpfung der tuberkulinisierten Stücke noch mehr in die Augen springend; sodann fiel sofort die tiefe Färbung derselben auf im Gegensatz zu den einfach gehärteten Teilen, noch mehr jedoch im Vergleich mit den glycerinisierten Kontrollschnitten. Schon bei schwacher

[10] Nachträgliche Anmerkung. LIEBREICHS kantharidinsaures Kali übt noch stärkere, aber ganz andere Wirkungen auf überlebendes Gewebe aus.

Vergrößerung ergab sich eine erstaunliche Differenz, nämlich eine sehr tiefe Kernfärbung der tuberkulinisierten Präparate. Die Schnitte scheinen nur aus Kernen zu bestehen, so nah sind die letzteren gerückt. Die sonst so scharfen Zellgrenzen der Karzinomepithelien sind verschwunden, und zwischen den wohlerhaltenen Kernen tritt eine körnige und fädige stark tingible, neue Substanz auf. Dieselbe infiltriert und durchsetzt auch alles Bindegewebe.

Während also eine akute Degeneration von gerinnungsartigem Habitus alles schrumpfende Protoplasma und alle Intercellularsubstanzen befallen hat, sind die Kerne nicht bloſs wohlerhalten, sondern zeigen deutlicher als je die Netzstruktur. Das Merkwürdigste bei dieser Sache ist aber, daſs alle Kerne ohne Ausnahme von der jüngsten Epithelzelle der Keimschicht bis zu den Hornzellen der Epithelperlen und von der platten Bindegewebszelle bis zu der protoplasmareichsten seſshaften Zelle und zur Wanderzelle ein tief gefärbtes, sehr regelmäſsig gebautes Chromatinnetz aufweisen. Es ist, als ob alle Kerne ohne Ausnahme über den HEITZMANNschen Kernleisten gearbeitet wären, ein in der That wundersamer Anblick. Wo das Netz feiner ist, wie an den älteren Epithelien und in manchen Bindegewebszellen, erinnert es an die Chromatinordnung, wie sie den Beginn der Knäuelbildung einleitet. An den gröberen Netzen sieht es aus, als ob der Kernsaft sich auf eine Anzahl runder Tropfen oder Vakuolen zurückgezogen habe, welche, selbst vollkommen chromatinfrei, alles Chromatin in Form eines groben Netzes ausgepreſst hätten. Diese Kerne haben also die Struktur eines Schwammes. Kernkörperchen sind in diesen dicken Gerüsten nicht gut mehr nachweisbar. Die Fäden der Mitosen sind zu schwarzblauen Klumpen zusammengedrängt.

Bei den Kernen also eine allgemeine Ausscheidung und Ordnung des Chromatins, eine itio in partes der chromatischen und achromatischen Substanz, wie sie wohl sonst noch nirgends beobachtet ist,[11] beim Protoplasma und den Intercellularsubstanzen eine bedeutende Schrumpfung mit Verwischen aller normalen Strukturen und Zellgrenzen, nebst Auftreten von stark tingiblen Fäden und Körnern in der wie geronnen aussehenden Substanz. Es war ein glücklicher Zufall, der mich die Einwirkung des Tuberkulins zuerst auf Karzinomgewebe studieren ließ; denn die Verhältnisse liegen bei diesem reich und groſszelligen Gewebe klarer als irgendwo anders. Ich würde jedem raten, dahin zielende Versuche mit Krebsgewebe und der Methylenblau-Kreosol-Methode zu beginnen; andere

[11] Diese gleichmäſsige Umwandlung aller doch unter sich so ungleichen Kernphasen macht auf mich den Eindruck eines allgemeinen, gewaltsam erzwungenen, aber verunglückten Anlaufes zur Mitosenbildung mit Fixierung in diesem pathologischen Zustand.

Färbungen zeigen nur Andeutungen der beschriebenen Verhältnisse, die reinen Kernfärbungen natürlich am wenigsten.

Ich hatte sehr bald darauf Gelegenheit, frisch excidiertes Lupusgewebe mit Tuberkulin zu behandeln. Auch hier zeigten sich die tuberkulinisierten Stücke geschrumpft, als wenn sie in Alkohol gelegen hätten, während die glycerinisierten Kontrollstücke stark gequollen waren. Die Schnitte der letzteren färbten sich wie beim Karzinom viel schwächer als normal, sowohl Kern wie Protoplasma, aber alle Zellgrenzen und sonstigen Differenzen traten in gewöhnlicher Weise zutage; es sind offenbar durch das Glycerin tingible Stoffe ausgewaschen. An den tuberkulinisierten Lupusschnitten dagegen tritt das Knötchen viel tiefer gefärbt hervor als an normalen Schnitten, was wiederum durch eine prachtvoll gleichmäfsige, tiefe Tinktion des netzförmigen Chromatins und dichtes Zusammentreten der Kerne bedingt ist. Die Leiber der Plasmazellen sind wie alles umgrenzte Protoplasma verschwunden und mit der Intercellularsubstanz zu einer gleichmäfsigen, fast ungefärbten, von tief tingierten Fäden und Körnern durchsetzten Masse zusammengeschrumpft. Die Mastzellenkörnung dagegen ist erhalten, ebenso der Kontur der grofsen Riesenzellen. Genug, es wiederholten sich in etwas schwächerem Grade alle beim Karzinom beobachteten Erscheinungen.

Wenn hierdurch auch die starke chemische Verwandtschaft des Tuberkulins zu den protoplasmatischen und intercellularen Substanzen und sein lediglich abstofsender, aber nicht zerstörender Einfluſs gegenüber dem Chromatin der Kerne schlagend bewiesen war, so blieb es doch gerade der neuen Färbemethode gegenüber fraglich, ob die Unsichtbarkeit des Protoplasmas als wirklicher Schwund oder nur als ein Zurücktreten vor der überaus starken Chromatinfärbung zu deuten war. Ich mufste also die krassen Gegensätze der Präparate mildern und untersuchte deshalb weiter die Einwirkung verdünnten Tuberkulins auf überlebendes Lupusgewebe.

Diese ergaben nun allerdings wesentlich andere Resultate. Ich kann dieselben, da sich die Einwirkung der 1%igen Verdünnung des Tuberkulins von der 10%igen nicht erheblich unterscheidet, zusammenziehen. Selbstverständlich untersuchte ich auch hier stets Kontrollpräparate, die durch gleichzeitiges Einlegen von anderen Stückchen desselben Lupus teils in die karbolisierte Glycerinlösung, teils direkt in Alkohol gewonnen waren.

Lupusstücke und Teile normaler Haut, welche in verdünntem Tuberkulin abgestorben sind, färben sich wesentlich schlechter als die direkt in Alkohol gebrachten, etwa ebenso schwach wie die glycerinisierten, ohne ebenso stark gequollen zu sein. Aber auch eine Schrumpfung, wie an den in konzentriertem Tuberkulin abgestorbenen Teilen, ist kaum zu konstatieren. Dem entspricht eine bedeutende Herabsetzung aller geweblichen

Differenzen. Epithel und Bindegewebe erscheint als eine gleichmäfsig bläuliche Masse, in welcher nur die Kerne als dunklere Flecken sich abheben, wenn auch durch lange Färbung in alkalischem Methylenblau und lange Entfärbung in Kreosol für eine möglichste Differenzierung Sorge getragen ist. Von Plasmazellen ist nichts zu sehen, überhaupt sind die Leiber der Zellen von dem kollagenen Gewebe nicht zu trennen. Ebenso sieht man im Epithel die Zellgrenzen nur schwach angedeutet. Die Trennung von chromatischer und achromatischer Substanz in den Kernen fehlt hier vollständig, und nur in den Präparaten aus 10%iger Lösung findet sich an einigen Stellen eine Andeutung jener spongiösen Ordnung des Kernchromatins. In der verschwommen gefärbten Masse protoplasmatischer Substanzen finden sich auch nicht jene tief gefärbten Fäden und Körner wie bei den mit konzentriertem Tuberkulin behandelten Präparaten.

Es geben also die verdünnten Lösungen des Tuberkulins nahezu entgegengesetzte Resultate wie das Tuberkulin selbst. Den ersteren kann man eine alle Substanzen homogenisierende Wirkung zuschreiben; das konzentrierte Tuberkulin homogenisiert dagegen höchstens Protoplasma und Intercellularsubstanz, führt dagegen zur vollkommenen Chromatinausscheidung im Kern und bringt aufserdem jene Substanzen zur Schrumpfung unter Abscheidung stark tingierter Partikel, also wohl zu einer Art Gerinnung. Wir müssen mithin dem Tuberkulin jedenfalls zwei wesentlich verschiedene Eigenschaften zuschreiben, die je nach der Konzentration einzeln hervortreten, einmal eine Kern und Protoplasma homogenisierende, sodann eine die Kernsubstanz spaltende und die protoplasmatischen Substanzen unter Abspaltung zur Gerinnung bringende.

Ich denke, dafs in diesen Erfahrungen manches liegt, welches uns die Gegensätze zwischen Lupus und chirurgischer Tuberkulose der Haut verständlicher macht.

Im Lupus haben wir im allgemeinen die einfach homogenisierende Wirkung des verdünnten Tuberkulins vor uns. Zu einer wirklichen Gerinnung, einer Nekrose des Protoplasmas kommt es nicht. Ebensowenig werden die Kerne zerstört. Aber in nächster Nähe des Tuberkelbacillus, z. B. dort wo sog. Riesenzellen sich bilden, kommt es zu einer stärkeren Einwirkung des Giftes und hier im lebenden Gewebe nicht nur zur Chromatinausscheidung, sondern zur wirklichen Kernteilung, der aber das homogenisierte Protoplasma nicht folgen kann und dadurch (Weigert, Baumgarten) zur Bildung mehrkerniger Zellen.

Bei der chirurgischen Tuberkulose und den meisten Tuberkulosen innerer Organe haben wir es in den käsigen Partieen mit derjenigen Gerinnung zu thun, die wir im Protoplasma und den Intercellularsubstanzen als starke Wirkung des Tuberkulins kennen gelernt haben. Man findet

in diesen Massen bei meiner Entfärbungsmethode auch ähnliche fädige und körnige, stark tingierte Partikel eingeschlossen wie dort. Allerdings gehen in den käsigen Partieen auch die Kerne langsam zu Grunde, doch nicht, ohne vorher eine abnorm gute Tinktion des Chromatins (der Plasmazellenkerne) gezeigt zu haben.

Dafs für die Bildung der Plasmazellen, für die erste und progressive Wirkung des Giftes auf noch ungeschwächtes Gewebe, sich nicht auch an absterbendem Gewebe ein Analogon künstlich erzeugen läfst, versteht sich von selbst und bedarf keiner Erklärung.

Vorlesungen über den Lupus.

Von

H. Leloir.

Mit Genehmigung der Redaktion aus dem *Journal des maladies cut. et syph.* Bd. II. S. 193 ff. u. S. 262 ff. ins Deutsche übertragen von Dr. Türkheim-Hamburg.

Meine Herren!

Durch eine Reihe von Thatsachen ist eine Definition des Begriffs Lupus bisher sehr erschwert worden. Einmal sind die Ansichten, die von altersher über die Natur des Lupus herrschen, die denkbar gegensätzlichsten. Alsdann fehlt uns eine Monographie über den Lupus aus der Feder eines Autors, für den die tuberkulöse Natur jenes Leidens keinem Zweifel mehr unterliegt. Ferner besitzt die lupöse Hauterkrankung in ihrem Anfangsstadium nichts Charakteristisches und endlich ist der Begriff „Tuberkel" noch zu unklar und unbestimmt.

Ich möchte nun folgende Definition vorschlagen:

Lupus ist eine schwach virulente[1] Hauttuberkulose, dessen einzelne Elemente (Lupome) Tuberkel sind. Diese Tuberkel verhalten sich sehr verschieden in Bezug auf Gröfse und Anordnung, haben eine rotbraune, an Gerstenzucker erinnernde Farbe, fühlen sich weich an. Meistens wachsen sie sehr langsam und zerstören das Gewebe entweder durch interstitielle Resorption (Lupus non ulcerosus), oder durch Ulzeration

[1] Ich sage absichtlich schwach virulent (peu virulente) und nicht abgeschwächt (atténuée), wie viele andere und wie ich selber bisher mit Unrecht geschrieben habe, denn „abgeschwächt" könnte bedeuten, dafs es sich hier um ein durch Impfung abgeschwächtes Gift handle. Dem ist leider nicht so, wie Klinik und Versuch täglich von neuem bestätigen. Vielmehr handelt es sich hier einfach, wie das aus meinen, in den Jahren 1883—84 erschienenen Abhandlungen hervorgeht, um eine bacillenarme, und infolge dessen schwach virulente Tuberkulose, die aber immerhin noch ebenso gut eine Tuberkulose bleibt, wie etwa — man verzeihe mir den etwas gewöhnlichen Vergleich — eine Suppe mit wenig Nudeln immer noch eine Nudelsuppe ist. Aus diesem spärlichen Vorkommen von Bacillen läfst sich schon zum Teil Aussehen und Verlauf des Lupus vulgaris erklären, sowie auch seine Verschiedenheit gegenüber den wirklichen Tuberkulosen der Haut und der Schleimhäute

(Lupus ulcerosus), oder durch Sklerose (L. sclerosus). Der Lupus kann jeden Teil der Haut und der angrenzenden Schleimhäute befallen, tritt häufig gleichzeitig mit andern skrofulo-tuberkulösen Erkrankungen auf, und kann, wie alle örtlichen Tuberkulosen, zur Infektion des Gesamt-Organismus oder einzelner seiner Teile führen. Im allgemeinen beginnt er in der Kindheit oder im Jünglingsalter.

Dieser Definition wäre noch hinzuzufügen, daſs die skrofulo-tuberkulöse Neubildung — die ich fortan immer als Lupom bezeichnen will — zwar meistens nur in der Form von Hautknötchen auftritt, daſs sie zuweilen aber auch eine diffusere Form annimmt, so daſs man dann auch hier, wie ich in meiner Abhandlung über die Lepra beim Leprom gethan habe, zwischen einem Flächen- und einem Knötchen-Lupom (Lupôme en Nappes — Lupôme nodulaire) unterscheiden könnte.[1]

Aber bei aufmerksamer Untersuchung entdeckt man fast allemal einzelne elementare Knötchen entweder mitten in der lupösen Fläche oder an deren Rande, in der Nachbarschaft, oder auf andern lupösen Neubildungen. Man könnte daher das Flächen-Lupom als eine diffuse, zusamenfliefsende Infiltration von Lupus-Knötchen bezeichnen. Dieser Definition ist noch ergänzend hinzuzufügen, daſs das Lupom für gewöhnlich nicht im ganzen (en masse) erweicht. Durch diese Eigenschaft unterscheidet es sich von den skrofulo-tuberkulösen Hautgummata, mit denen der L. ulcerosus sonst allerlei Ähnlichkeiten aufweist.

An der Hand dieser Definition läſst sich nun leicht eine Schilderung vom Verlauf, den Komplikationen, der Diagnose, Prognose und Therapie des Lupus entwerfen.

Der Lupus setzt sich aus Tuberkeln zusammen: also ist er die Wirkung eines pathogenen Mikro-Organismus. Dieser Mikro-Organismus ist der bekannte Tuberkelbacillus: also ist der Lupus eine örtliche Tuberkulose.

Diese örtliche Tuberkulose besitzt nur eine geringe Virulenz, daher der Lupus denn auch nur einen chronischen Verlauf nimmt. Aber trotz dieser geringen Virulenz kann es doch zu allerlei Komplikationen infektiöser Natur kommen (Lymphangitis, Gumma, Adenopathia scrofulo-tubercul.; Lungentuberkulose, akute Miliartuberkulose u. s. w.).

In zweifelhaften Fällen hat sich die Diagnose nur an diese eine Thatsache zu halten: daſs der Lupus eine bacillenarme, örtliche Tuberkulose sei. Da gilt es denn, sich mit Geduld wappnen und die Bacillen nachweisen, oder, was bequemer und sicherer zum Ziel führt, Impfungen an Tieren vornehmen. Nur auf diese Weise läſst sich der Lupus von manchen Syphiliden unterscheiden.

Da der Lupus eine örtliche Tuberkulose ist, so hat man ihn wie eine solche mit antiparasitären Mitteln zu bekämpfen.

Symptomatologie des Lupus.

Der elementare Bestandteil des Lupus, der Tuberkel, findet sich, wie Besnier und Doyon mit Recht bemerken, mehr oder weniger deutlich in allen Formen und Varietäten der Neubildung.

Wir haben also diesen lupösen Tuberkel, dieses Lupom, auf seine Erscheinung, seinen Verlauf, seinen Sitz hin zu prüfen, wobei namentlich die Eigenschaften ins Auge zu fassen sind, in denen er sich von andern Hautkrankheiten unterscheidet,

---

[1] Wenn das Lupom, wie es bei einigen Formen des Lupus ulcerosus profundus vorkommt, auch auf das Unterhautzellgewebe übergreift und dasselbe nekrotisiert und ulceriert, so dürfte die ursprüngliche Form des Lupus eher ein Gumma als ein Tuberkel sein. — (Vgl. meine Definition des Gumma: H. Leloir: Vorlesungen über die elementaren Formen der Hautkrankheiten. *Journal des Connaissances médicales* 1888). Für diese Varietät des Lupus scheint mir daher die von E. Besnier vorgeschlagene Bezeichnung L. tuberculo-gummosus sehr richtig.

deren elementare Teilchen ebenfalls Tuberkel sind (wie das tuberkulöse Syphilid, die systematisierte Hautlepra).

Wie alle tuberkulösen Hauterkrankungen kann auch der Lupus in den verschiedensten Gestalten auftreten, indem bald seine Form, bald sein Umfang, seine Farbe, sein Sitz u. s. w. ein anderer ist. Anderenteils werden Unterschiede in der Erscheinung des Lupus auch bedingt durch Alter, Verlauf, Rückbildung u. s. w. der elementaren Lupome. Endlich sind auch wie beim Leprom, allerlei im Gefolge der lupösen Eruption auftretenden sekundären Hautveränderungen zu berücksichtigen, die, ohne selber als Neubildungen gelten zu können, doch den erkrankten Hautstellen ein verschiedenartiges Aussehen verleihen. — Diese Komplikationen lassen sich in zwei Gruppen zerlegen. Bei der ersten handelt es sich um Veränderungen der Epidermis, bei der zweiten um solche der Cutis, des Unterhautzellgewebes und der Gefäfse, wie weiche und harte Ödeme, Lymphangitiden u. s. w.

Wir werden nun zuerst den Lupus in seinem Beginn, (Lupus planus), dann in seinem Wachstum (L. elevatus) verfolgen. Wir werden alsdann die Rückbildung des völlig entwickelten Lupoms in ihren verschiedenen Formen als interstitielle Resorption, Sklerose und Ulzeration studieren. Und da der Lupus an jedem Punkt seiner Entwicklung Halt machen kann, und je nach dem Stand seiner Entwicklung von den Autoren als besondere Varietät aufgeführt wird, so werden wir auf diese Weise diese verschiedenen Varietäten — Lupus planus und L. elevatus nach Besnier und Lailler; L. exedens und L. non exedens nach Rayer; Lupus sclérosé nach Leloir — kennen lernen.

Mit diesen wenigen Varietäten ist aber die Mannigfaltigkeit der Lupus-Formen noch keineswegs abgeschlossen. Die verschiedenen Erscheinungsformen des Lupoms, hervorgerufen durch kleine Abweichungen in seiner Anordnung, seinem Verlauf, seinen Komplikationen, sind von den Autoren zu ebenso vielen klinischen Varietäten gestempelt worden. Wir werden uns also auch mit diesen Formen zu beschäftigen haben, ohne ihnen freilich allzuviel Bedeutung beizulegen.

Die Symptomatologie des Lupus umfafst demgemäfs:

1. den Lupus der äufsern Haut, und zwar:

A. Zur Zeit seines Wachstums	L. planus L. elevatus	und ihre vielfachen Varietäten	Lupus non exedens
B. In der Periode d. Rückbildung oder der Degeneration	Interstitielle Resorption, Fibröse Entartung, (Lupus sclérosé)		Lupus non exedens
	Ulceration	L. ulcerosus superf. L. ulceros. prof. L. vorax phagadaen.	Lupus exedens.

2. Den Lupus der Schleimhäute. — Hier wiederholt sich dasselbe Schema.

Alsdann haben wir die objektiven Unterschiede zu betrachten, die sich beim Lupus je nach seinem Verlauf, nach der Zahl und Anordnung seiner Elemente, nach seinem Sitz, herausbilden. Ich werde verschiedene seltenere Varietäten streifen, die ich als atypische Lupusformen bezeichnet habe, und werde zum Schlufs der Reihenfolge nach die Komplikationen, die Prognose, Diagnose, pathologische Anatomie, Pathogenese und Behandlung des L. vulgaris besprechen.

1. Der Lupus der Haut.

A. Allgemeine Symptomatologie des Haut-Lupus zur Zeit seines Wachstums.

α. Lupus planus. Im Beginn der Krankheit, zur Zeit seines Entstehens, zeigt

sich der Lupusknoten in seiner unverfälschten Reinheit. Und zwar sind wir berechtigt, in diesen Knötchen die Elementarbestandteile des Lupus zu erblicken, da ähnliche Tuberkel sich während der ganzen Dauer der Erkrankung fort und fort neu bilden und auch sich im Beginn von etwaigen Rückfällen oder Nachschüben immer zuerst einstellen.

Die Form der einzelnen Knötchen ist in der Regel rund, ovalär, bisweilen auch etwas unregelmäfsig, polygonal oder leicht sternförmig, bei der Untersuchung mittels einer Lupe. Immer aber sind sie deutlich umgrenzt.

Ihr Volumen ist im Anfang meistens ganz winzig; oft sind sie kaum sandkorn- bis hirsekorngrofs, so dafs man sie leicht übersieht, wenn man die betreffende Stelle nicht mit der Lupe und bei seitlich auffallendem Licht absucht. Sie werden schliefslich stecknadelkopf- bis linsengrofs und auch wohl noch gröfser, aber nur sehr langsam, erst in Wochen, Monaten, ja manchmal erst nach Jahresfrist. Das ist wichtig zu wissen, wo es sich um die Differentialdiagnose mit Syphilis handelt. Bei dieser geht alles schnell, beim Lupus alles langsam. — Die Knötchen scheinen — im Anfang wenigstens — mehr in die Breite als in die Höhe zu wachsen, daher sie denn auch anfangs nicht über die Haut hervorragen.

Der Sitz der Lupome ist in verschiedener Tiefe der Haut, wovon man sich durch die Palpation, oder durch Spannung der Haut, besser noch durch die Skarifikation der Haut überzeugen kann. Das Mikroskop läfst uns überdies erkennen — was die Klinik nur in sehr unvollkommenem Mafse thut — dafs sich, von der oberflächlichsten Papillarschicht angefangen, durch die ganze Dicke der Cutis Lupusknötchen finden; ja auch das Unterhautzellgewebe, und ausnahmsweise sogar Knochen und Periost (wenn der Knochen nicht gar zu weit von der Haut entfernt ist) werden von ihnen nicht verschont. Dieses Verhalten, das sich auch bei den andern tuberkulösen Hautkrankheiten wiederholt, ist in Bezug auf die Therapie von einiger Bedeutung.

Die Zahl der Knötchen ist begreiflicherweise sehr schwankend; zuweilen sind es nur sehr wenige, zuweilen einige hunderte bis tausende. Es hängt das von der Gröfse der einzelnen Lupome und der Ausdehnung der erkrankten Hautstelle ab.

Ebenso verschieden verhalten sich die Lupome in Bezug auf ihre Anordnung. Bald stehen sie vereinzelt, bald in Gruppen, bald bilden sie gekrümmte Linien, bald Kreise, oder können auch, wie manche Syphilide, ein serpiginöses Aussehen haben. Einen derartigen Lupus, der die letztgenannte Form aufweist, hat man als L. serpiginosus bezeichnet. Ich werde darauf später noch zurückkommen.

Die Farbe der Tuberkel ist eine rötlich-braun-violette bis livide. Ihr Grund ist von einem halbdurchscheinenden Gelb; dadurch erhalten sie eine eigentümliche Färbung, die sehr treffend mit der Farbe von Gerstenzucker verglichen worden ist. (Bazin, Lailler, Besnier, Vidal.) Diese unvollkommene Transparenz der primären Lupusknötchen ist zuweilen sehr auffällig. — Die Farbe ist auch wohl zuweilen braunviolett, niemals aber kupferfarben wie die Syphilide. Beim Druck oder bei starker Spannung der Haut werden die Knötchen vorübergehend etwas blasser; die Farbe spielt dann mehr ins gelbliche, etwa wie Kalbsgallerte, ohne indessen verschwommen zu werden. Und das ist die eigentliche Farbe der Knötchen, die deutlich hervortritt, sowie man die begleitende Hyperämie durch Fingerdruck vorübergehend aufhebt.

Eine dünne Schicht glänzender Epidermis bedeckt für gewöhnlich den Lupusknoten und läfst seine rötliche Farbe hindurchschimmern. Anfangs ist die Oberfläche des Lupoms auch flach und glatt, wie lackiert.

Die Knötchen sind wie ein Mosaik in die Cutis eingebettet, und ragen nur zuweilen, wie Hebra zuerst bemerkt hat, ein wenig über die Hautfläche hervor. Jedoch ist diese Hervorragung selbst bei seitlicher Beobachtung nur schwer erkennbar. Durch

dieses ihr Verhalten verleihen die Lupome der zwischen zwei Fingern gespannten Haut ein eigentümlich punktiertes Aussehen. Dasselbe ist so charakteristisch, dafs man sie daran in Narben erkennen kann, besonders wenn man die Epidermis durch Einreiben mit Fett geschmeidiger und durchscheinender macht. Besnier und Renouard haben zuerst auf dies Verhalten hingewiesen.

Infolge einer fast nie fehlenden Lymphangitis befindet sich die erkrankte Hautstelle meistens in einem Zustand von Schwellung und Hyperämie, wie man ihn so hochgradig bei den syphilitischen Tuberkeln im allgemeinen nicht antrifft.

In diesem Stadium der Entwickelung des Lupus, welches von einzelnen Autoren (Neumann) als L. maculosus bezeichnet wird — übrigens eine schlechte Bezeichnung, da die elementaren Bestandteile hier doch keine Flecke sondern Tuberkel sind —, sind die Knötchen für die Palpation gar nicht oder nur ganz schwach wahrnehmbar, und es gehört schon sehr viel Übung dazu, sie in einzelnen Fällen bei senkrecht aufgesetzten Fingern, unter leichter Verschiebung derselben zu fühlen.

Die weiche Beschaffenheit ist etwas den Tuberkeln durchaus Eigentümliches, worauf schon E. Vidal, Balmanno-Squire, E. Besnier und andere mit Recht grofses Gewicht gelegt haben. Man ist erstaunt, mit welcher Leichtigkeit eine Nadel, eine Sonde, noch besser ein Schröpfmesser das Knötchen durchdringt. Es ist, als ob man in Butter oder in Gallerte stäche, und diese Weichheit der Knötchen steht in einem merkwürdigen Gegensatz zu dem festen, fibrösen Widerstand, den die Cutis dem weiter vordringenden Messer entgegensetzt. Dieser Gegensatz ist so ausgesprochen, dafs jeder Dermatologe, der nur einigermafsen in der Behandlung des Lupus mittels Skarifikationen nach E. Vidal geübt ist, mit Bestimmtheit sagen kann, ob er sich mit seinem Messer in gesundem oder krankem Gewebe befindet.

Diese weiche Konsistenz erleichtert das Auffinden der in der Tiefe der Haut sitzenden Knötchen sehr. Ob man mit dem Thermokauter, dem Galvanokauter oder mit Skarifikationen vorgeht, immer dient einem diese „gelatinöse" Empfindung — wenn dieser Ausdruck gestattet ist —, die man beim Eindringen in das lupöse Gewebe hat, als Wegweiser. Dieselbe kommt nur dem Lupusknoten zu, wodurch er sich von den ähnlichen Gebilden der Lepra und Syphilis auszeichnet.

Wenn man den Lupusknoten mit dem scharfen Löffel oder mit einem kleinen Hohlmeifsel bearbeitet, so kann man mit Leichtigkeit eine weiche, gelatiniforme, halb durchscheinende Masse von schmutzig-brauner Farbe wegschaben, die nichts anderes darstellt als eben die Trümmer des in die Haut eingebetteten Lupoms. Es bleibt dann in der Haut eine kleine Höhle oder Vertiefung zurück, deren fibröse Wände dem Instrument einen ganz anderen Widerstand entgegensetzen, als das weiche Lupom.

Der lupöse Tuberkel ist kaum, oder richtiger gesagt, gar nicht schmerzhaft, weder auf Druck, noch von selbst. Nur beim leisen Palpieren des Lupus empfindet der Kranke bisweilen etwas Schmerz. Manchmal wird über Spannung, Jucken, Brennen in der Neubildung geklagt, und zwar dann, wenn sich dieselbe anschickt, in Resorption oder Ulzeration überzugehen, oder wenn es zu einer frischen lymphangitischen Anschwellung kommt. Einzelne Patienten klagen aber auch zu anderen Zeiten über Prickeln in der Neubildung; dasselbe kann bei manchen Formen, so beim L. squamosus, pytiriasiformis, psoriasiformis, eine ganz beträchtliche Stärke erreichen. Infolgedessen kratzen die Kranken sich heftig und können sich so wieder ein Hautekzem mit Exsudation und Krustenbildung erzeugen. Dadurch wird denn auch wohl das Bild eines Lupus ulcerosus vorgetäuscht, während man es in Wirklichkeit nur mit einem L. non exedens zu thun hat, auf dem sich infolge von übermäfsigem Kratzen Borken gebildet haben. Ein ähnliches Verhalten habe ich bei trockenen,

pruriginösen Syphiliden beobachtet. Hier wurde dann durch das Kratzekzem die Unterscheidung von tuberkulo-ulzerösen Syphiliden sehr erschwert.

Mit besonderer Sorgfalt habe ich die Lupusknoten auf ihre Sensibilität hin untersucht, und habe gefunden, dafs letztere im allgemeinen für Tast- und Temperatur-Eindrücke sowie für Stiche immer herabgesetzt ist. Diese Herabsetzung ist durchgängig nur gering, zuweilen sogar sehr gering. In ganz seltenen Fällen bestand auch, allen Reizen gegenüber, vollkommene Anästhesie.[3]

Seit mehreren Jahren habe ich den Lupus auch mittels eines Thermometers für örtliche Temperaturen nach Constantin Paul auf etwa vorhandene Temperaturerhöhungen hin untersucht, wie das ja beim Leprom der Fall ist. In der That war die örtliche Temperatur fast immer, wenn es sich um schon entwickelte Lupome, oder um grofse, bezw. zahlreiche erythemato-tuberkulose Stellen handelte, um einige Zehntelgrade erhöht. Bei der Hyperämie und Entzündung, die den Lupus immer begleitet, ist das ja eigentlich auch nicht anderes zu erwarten.

Um Wiederholungen zu vermeiden, sei hier gleich bemerkt, dafs diese Temperaturerhöhung beim Lupus congestivus, besonders wenn er zu ulzerieren begann, eine ganz beträchtliche war.[4] Bei altem L. elevatus konnte ich eine Temperatursteigerung nicht nachweisen. Im ganzen kommt diesem Symptom übrigens keine besondere Bedeutung zu.

So sieht ein Lupustuberkel im Beginn aus.

Ein derartiger umfangreicher Lupusknoten (Lupus solitaris Willan) oder deren mehrere zu einem Haufen vereinigt und dabei tief in das Gewebe der Cutis versenkt, entsprechen dem, was Besnier, Lailler und Matthieu als Lupus planus geschildert haben. Danach besteht also der Lupus planus, dessen Typus der bei Kindern und jungen Leuten so häufige Wangenlupus ist, aus einem oder mehreren kleinen, tief in der Haut sitzenden, erythemato-tuberkulösen Haufen. Diese lupösen Herde haben im Beginn die Gröfse einer Linse bis eines 20 Centimesstücks, können aber durch centrifugales Wachstum einen viel gröfseren Durchmesser erreichen.

Die Plaque überragt die Haut so gut wie gar nicht; beim Palpieren aber, z. B. wenn man die Wange zwischen die Finger nimmt, entgeht einem die Infiltration niemals.

Die Plaque ist von einer rotbraunen, gerstenzuckerähnlichen Farbe, und mit einer glatten, glänzenden, wie gefirnifst erscheinenden Epidermis überzogen, durch die hindurch man die elementaren Knötchen erblickt.

Die Ränder sind scharf, nicht nachweislich hervorragend, von der umgebenden Haut deutlich abgegrenzt. Häufig sind sie noch von einer leichten, ödematösen Hautanschwellung umgeben, eine Art lymphangitisches Ödem, das bei fast keinem Lupom fehlt.

Ein derartiger Lupus planus kann zuweilen eine beträchtliche Ausdehnung erreichen. Die grofsen erkrankten Flächen kommen teils dadurch zustande, dafs kleinere ölfleckenartig zusammenfliefsen; teils dadurch — und das ist das Gewöhnlichere —, dafs sich an der Peripherie des ersten Herdes neue Tuberkel bilden, die sehr bald mit ihm zusammenwachsen. Dabei kommt es denn oft genug vor, dafs das Centrum der Neubildung — während letztere noch peripher weiterwächst — bereits der

---

[3] Die Nadel mufs bei derartigen Versuchen tief in den Tuberkel gestofsen werden, da man anderweitig nur die Haut verletzen und zu der irrtümlichen Annahme einer noch erhaltenen Sensibilität verleitet würde.

[4] Bei mehreren Patienten betrug die örtliche Temperatursteigerung bis zu 2°, wenn es im lupösen Herd zu einer neuen lymphangitischen Schwellung kam.

Ulzeration oder, was häufiger geschieht, der interstitiellen Resorption anheimfällt. Mit diesen beiden Vorgängen werden wir uns jetzt zu beschäftigen haben.

Beginnen wir mit der interstitiellen Resorption.

Bei diesem Prozeſs ist das Centrum der Neubildung der Sitz einer weiſslichen oder schmutzig grauen, glatten, leicht eingesunkenen Narbe. Um dieselbe herum zieht sich ein, bald mehr, bald weniger groſser, kaum hervorragender, roter Hof, der mit einer nässenden Epidermis bedeckt ist (diffuses lupöses Infiltrat). Dieser Hof seinerseits ist wiederum begrenzt von einer verschieden dichten Aussaat kleiner, neugebildeter Lupusknötchen. Durch diese neu hinzukommenden Knötchen wächst die Neubildung nach Art eines Ölfleckens peripher weiter, freilich nur sehr langsam. — Das gesamte lupöse Infiltrat wird schlieſslich noch fast immer von einer ödematösen Zone umgeben.

Nicht immer bleibt die Haut über dem Infiltrat so glatt wie geschildert. Bisweilen verfällt sie der Desquamation, und dieser Vorgang ist imstande, die lupösen Tuberkel ganz zu verdecken. Man spricht alsdann von einem L. planus pytirisiacus s. exfoliativus.

Wird die Abschuppung noch reichlicher und trocken, psoriasisähnlich, so ist eine Verwechselung mit Psoriasis möglich — L. psoriasicus. Eine derartige Verwechselung ist mehr als einmal vorgekommen, und darin gleicht der L. psoriasicus manchen Psoriasis-Syphiliden. Die Diagnose wird in derartigen schwierigen Fällen immer durch das Vorhandensein von Narben auf der Höhe oder in der Nachbarschaft des Lupusinfiltrats gesichert. Freilich entdeckt man diese Narben zuweilen erst nach langem Suchen und bei seitlicher Beleuchtung.

Der Lupus planus, für den der L. discoides auf der Wange bei jungen Leuten typisch ist, bildet nach Besniers trefflicher Bemerkung den Typus von Gutartigkeit, Langsamkeit und Indolenz der ganzen Lupusgattung,[5] die mildeste Form der Hauttuberkulose. — Er kann jahrelang in einer bestimmten Gestalt bestehen bleiben, ohne nachweislich zu wachsen. Ich habe einen derartigen Wangenlupus in Beobachtung gehabt, der in 12 Jahren keinerlei Veränderungen wahrnehmen lieſs. Ja, bei einzelnen Knötchen war die interstitielle Resorption schon im Werk und zwei waren schon um mehrere Millimeter eingesunken, als der junge Mensch sich in meine Behandlung begab. Trotzdem nahm ich sofort eine gründliche Zerstörung der Neubildung mittelst des Thermokauters vor und erzielte in Einer Sitzung eine vollständige, nun schon seit 5 Jahren andauernde Heilung.

Es können also die einzelnen Knötchen während der ganzen Dauer dieses Lupus ihr ursprüngliches Aussehen bewahren, d. h. sie bleiben in der Haut eingelagert, ohne über dieselbe hervorzuragen.

Dieser Lupus kann, entsprechend der Anordnung seiner elementaren Bestandteile, das verschiedenartigste Aussehen gewinnen (L. agminatus; L. disseminatus; L. nummularis; L. linearis; L. marginatus; L. circinatus; L. serpiginatus etc.).

Das Nämliche gilt vom Lupus elevatus, dem wir uns jetzt zuwenden wollen.

(Fortsetzung folgt.)

---

[5] Indessen kann er auch zuweilen verhältnismäſsig schnell sich entwickeln und einen wahren galoppierenden Lupus non ulcerosus darstellen.

Versammlungen.

IV. Kongreſs russischer Ärzte zum Andenken Pirogoffs in Moskau.

Sektion für Dermatologie und Syphilis.

(*Wratsch.* 1891. No. 3 u. 6.)

Vortragender Prof. W. M. Tarnowsky. **Über Gehirnsyphilis, ihre Diagnose und ihr Verhältnis zu anderen Erkrankungen des Centralnervensystems.** Nachdem Vortr. zuerst die Bahnbrecher auf diesem Gebiet: Virchow, Heubner, Fournier, Maurice erwähnt hatte, wies er darauf hin, daſs die Lehre über die cerebrale Lues aus dem einen Extrem in das andere gefallen sei. Während Hunter, Cooper etc. annahmen, daſs das Gehirn eines der am seltensten erkrankten Organe sei, seien viele Autoren der Jetztzeit der Meinung, daſs manche der Krankheiten des Centralnervensystems, so z. B. progressive Paralyse und Tabes fast stets Äuſserungen der Syphilis sind, ja ein schwedischer Professor führe jede Apoplexie auf acquirierte oder hereditäre Lues zurück. T. führte weiterhin aus, wie überaus wichtig die Kenntnis der Neuropathologie für die Specialisten der Lues sei, da gewiſs die Lues eine groſse Rolle in der Pathologie des Centralnervensystems spiele, und nur eine genaue Kenntnis dieser Vorgänge den Specialisten instandsetze, die Krankheit zu diagnostizieren. Die Frage stelle sich jetzt nicht nach der Anamnese, sondern nach den specifisch syphilischen nervösen Symptomen. Natürlich könne man nach einem beliebigen nervösen Symptom nicht die dasselbe hervorrufende Ursache erkennen, dagegen sei dies möglich, wenn man das Symptom im Zusammenhange mit den übrigen Erscheinungen betrachte, und daher müsse jeder Syphilidologe eben auch Neuropathologe sein. Als Beweis für die Richtigkeit seiner Anschauung führt Vortr. die Lehre von den epileptoiden Zuständen an, die in dem letzten Jahrzehnt enorme Fortschritte gemacht habe. Als Beispiel führt T. die Augenmuskellähmungen an, die früher als konstante syphilitische Erscheinungen angesehen wurden, während man jetzt weiſs, daſs sie auch tabetischen Ursprungs sein können; hier müsse man eben die richtige Diagnose treffen können, um nicht unnützer Weise eine Quecksilberbehandlung einzuleiten. Schlieſslich nimmt Vortr. Stellung zu der Frage über den Zusammenhang der progressiven Paralyse und der Tabes mit der Syphilis. Vortr. giebt zu, daſs diese beiden Erkrankungen am häufigsten bei Leuten vorkommen, die früher syphilitisch infiziert waren, hält es aber für falsch, hier einen luetischen Ursprung anzunehmen und infolgedessen jedesmal eine Quecksilberbehandlung einzuschlagen. Die Praxis ergiebt, daſs auch viele nie an Lues erkrankt gewesene Personen diese Erkrankungen acquirieren, aber, ebenso wie man früher jedes Keloïd für syphilitischen Ursprungs annahm, weil Keloïde eben häufig bei Syphilitikern zur Erscheinung kamen, während jetzt bekanntlich bewiesen sei, daſs sie in keinerlei Zusammenhang mit der Lues ständen, ebenso dürfe man auch bei dieser Frage nicht bloſs auf die Statistik zurückgreifen, nicht bloſs Daten sammeln, sondern sie prüfen. Abgesehen von den schlechten Folgen, die ein Quecksilbermiſsbrauch haben könne und oft habe, sehe man auch bei Paralys. progress. und Tabes sehr häufig während der Quecksilberkur Übergänge zum Besserwerden u. s. w., bis plötzlich ein echter maniakalischer Anfall der Sache ein Ziel setzt. Die Hauptanhänger der Zusammengehörigkeit der betreffenden Krankheiten seien eigentlich die „zufälligen Beobachter", Ärzte an Schwefel- und anderen Quellen. Charcot dagegen behauptet die Unmöglichkeit, eine Tabes durch mehrfache Schmierkuren zu beseitigen. So will auch Tarnowsky die Tabes und Paralysis progressiva von der Syphilis getrennt wissen. Er nimmt an, daſs die Disposition für diese Erkrankungen bereits vor der Infektion mit Syphilis vorhanden sei und daſs diese letztere

das Hervorbrechen der Tabes, resp. Paral. progr. nur begünstige. Bei vorher mit ganz gesunden Centralorganen versehenen Individuen sei die Prognose der syphilitischen Lokalisation daselbst bedeutend günstiger. Zum Schluſs giebt T. eine Statistik von 100 Fällen cerebraler Lues (die leider im Referat, dessen wir uns bedienten, nicht angegeben war).

Dr. Minor äuſsert in der Diskussion Folgendes: Diejenigen Ärzte, welche jetzt noch bei jedem Tabetiker und progressiven Paralytiker Syphilis annehmen, seien entschieden im Unrecht. Anderseits solle diese Anschauung uns nicht verpflichten, bindende Schlüsse über die Unanwendbarkeit der specifischen Behandlung zu ziehen. Strümpell betrachtet diese Zustände, wie die postdiphtheritischen Lähmungen, bei denen ja, wenn keine diphtheritischen Erscheinungen im Rachen mehr zu sehen sind, selbstverständlich keine Rachenpinselungen gemacht zu werden brauchen, ebenso sei auch nur dann eine specifische Therapie der Tabes einzuschlagen, wenn noch syphilitische Erscheinungen vorhanden seien. Tabes und Paral. progr. entwickelten sich häufig, so lange noch luetische Symptome vorhanden sind, dann müsse man natürlich specifisch behandeln. Zu diesen Symptomen gehören z. B. vor allem die bei Tabes auftretenden Hemi- und Paraplegieen. Was die Augenmuskellähmungen betrifft, so seien sie am häufigsten syphilitischen Ursprungs und fast stets einer specifischen Therapie zugänglich. Die ganze Frage sei überhaupt noch nicht gelöst. Er für sein Teil spreche sich, analog Strümpell, für eine antisyphilitische Behandlung in den Frühstadien der Tabes aus.

Professor Sikorsky schlieſst sich den Ausführungen Prof. Tarnowskys vollkommen an. Er sagt, die Zeit sei noch nicht lange vorbei, (?) wo man die oben angeführten Erkrankungen stets für eine Folge der Syphilis angesehen und alle Rettung nur in einer antisyphilitischen Therapie erblickt habe. Von der Voraussetzung ausgehend, eine solche könne, wenn nicht helfen, so doch jedenfalls nicht schaden. Diese Periode sei die traurigste gewesen, namentlich rücksichtlich der Tabes und progressiven Paralyse, die bei einer vernünftigen Therapie 5—10 Jahre aufgehalten werden könnten. Statt deren habe man Quecksilber verabfolgt, welches zu einer Atrophie des Nervensystems führe, während ja diese beiden Erkrankungen an und für sich eine starke Neigung zu atrophischen Vorgängen haben. Man habe also, statt zu helfen, die schädlichen Momente nur summiert.

Die Hauptresultate des Vortrages Professor Tarnowskys waren folgende:

1. Anamnestische Daten über syphilitische Symptome und eine versuchsweise angewandte specifische Kur sind keine Anhaltspunkte für eine wissenschaftliche, klinische Diagnostik der Gehirnlues.

2. In unserer Zeit überwiegt eine allzufeste Überzeugung, daſs die Syphilis ein Hauptmoment für die Erkrankungen des Centralnervensystems sei.

3. Die Diagnose der Gehirnsyphilis muſs als Grundlage das Studium der specifischen nervösen Symptome, ihre Entwickelung, Verlaufsbesonderheiten, Ausgänge, Zusammenhang untereinander, eigentümliche Gruppierung, Komplikationen und die Gesamtheit der Krankheitserscheinungen des Einzelfalles haben.

4. Ohne Studium der nervösen und seelischen Störungen keine genaue Diagnose der Gehirnsyphilis.

5. Tabes und progressive Paralyse sind niemals Erscheinungen der Syphilis. Der Grund für ihr Zusammengeworfenwerden liegt in dem Mangel am Studium dieser Krankheiten.

6. Eine Quecksilberbehandlung muſs bei der Tabes und Paralysis progress. verworfen werden, auch wenn die Anamnese zweifellos Syphilis ergiebt.

7. Die Hauptmomente für die Lokalisation der Syphilis im Gehirn sind Alkoholismus und Prädisposition zu Nervenkrankheiten.

Dr. O. Petersen (Petersburg) über **Lepra und Leproserien.** Nach einem kurzen geschichtlichen Überblick ging Vortragender auf die Lepra Rufslands über. Er wies darauf hin, wie diese Seuche in Rufsland immer mehr zunehme, sowohl an seinen Grenzen, wie die Untersuchungen Professor Wahls für die Ostseeprovinzen und Professor Münchs betreffs Südrufslands nachgewiesen haben, als auch im Innern des Landes, nach den Erhebungen Professor Manssurows und Dr. Spremon. Darauf berichtete P. über seine Reise nach Norwegen, die er im Auftrage der Regierung unternommen. Er stellte zwei Punkte auf: 1. Ist die Lepra ansteckend? — 2. Wenn ja, was für Mafsregeln mufs man ergreifen, um ihrer Ausbreitung vorzubeugen. Betreffs der Leproserien wies Vortr. auf die düsteren Leproserien des Mittelalters hin und machte darauf die in Rufsland jetzt existierenden Lepra-Asyle namhaft. Die ersten Leproserien entstanden im Kaukasus, in der Nähe von Pjatigorsk à 15 Betten, dann im Ter-Gebiet. In den Baltischen Provinzen sind 2 Leproserien, eines bei Riga, eines bei Dorpat in Aussicht genommen. Vortr. ging hierauf auf die Einrichtung der Lepra-Asyle in Norwegen über, die sehr zweckmäfsig eingerichtet sind und bereits seit den 60er Jahren bestehen. An der Spitze derselben steht Armauer Hansen, der Entdecker des Leprabacillus. Seit die Leproserien eingerichtet wurden, hat die Zahl der Leprösen beträchtlich abgenommen. Schliefslich warf Vortragender die Frage auf, welche Art von Leproserien, Asyle, Hospitäler oder Kolonieen am besten ihrem Zwecke entsprechen, und spricht er sich für die Kolonieen aus, die auch billiger seien, da die arbeitsfähigen Leprösen dort eine Masse Arbeit selbst leisten könnten, ihr Land bewirtschaften etc., wobei er mit Professor Münch (Kiew) in strikten Gegensatz geriet. Zuletzt bat Petersen die Kollegen, um eine brauchbare gröfsere Statistik zu erhalten, über jeden einzelnen Fall von Lepra zu berichten und diese Daten ihm zuzuschicken.

In der Diskussion sagte Prof. Polotebnoff (Petersburg) ungefähr Folgendes. Der mittelalterliche Glaube an die **Infektiosität der Lepra** war bereits zu Ende des XVIII Saekulums in Europa fast ganz geschwunden. Die klassischen Arbeiten von Danielsen und Boeck (1848) und die Untersuchungen der russischen Arzte Plachoff (1842) und Koslowsky (1862) erschütterten ihn vollständig; erst die Entdeckung des Leprabacillus frischte die Idee wieder auf. In Rufsland giebt es Lepröse genug, um uns das Studium in Norwegen unnötig zu machen; das Material müsse aber hier erst ordentlich bearbeitet werden, und dazu müsse ein regelmäfsiges Studium der Lepra in Rufsland angebahnt werden und zwar durch speziell in dieser Hinsicht geschulte Ärzte an Ort und Stelle der endemischen Lepraherde. Die Isolierung müsse in durchaus guten Hospitälern durchgeführt werden, dabei aber entgegen den Anschauungen Prof. Münchs und Wahls keinerlei Zwangsmafsregeln ergriffen werden. Die Anschauung, dafs die Lepra immer mehr sich ausbreite, sei durch nichts bewiesen; es existieren keinerlei auch nur annähernd richtige Statistiken; richtige Zahlen könnten nur durch eine Revision sämtlicher Einwohner einer infizierten Gegend erhalten werden. In Frankreich und England beschränke man sich jetzt nur auf Verbesserung der allgemeinen hygienischen Verhältnisse mit Unterbringung in Hospitälern, habe aber die zwangsweise Isolierung vollkommen aufgegeben.

Prof. A. J. Brujeff teilt mit, dafs er in dem Beginn der 80er Jahre sämtliche Einwohner des astrachanschen Kosackenheeres untersucht und nur einen einzigen Leprösen gefunden habe.

Pr. Hay (Kasan) fordert die Anwesenden auf, Stellung zu der von Dr. Petersen aufgestellten Frage zu nehmen. Auch er hält die Frage über die Infektiosität für

eine noch offene. Weder Beobachtung noch Experiment, noch auch die Geschichte der Lepra gebe eine strikte Antwort auf dieselbe. Die Hauptdirektive bei der Verbesserung des Loses der Leprösen müsse die Humanität sein. Vor allem aber müsse man dem Kranken nicht die Möglichkeit der Arbeit entziehen; die Einrichtung von Kolonieen, die auf Staatskosten unterhalten würden, sei anzustreben; sie würden ein Zeichen für die hohe kulturelle Stellung Rufslands sein und zeigen, dafs man hierzulande die Leiden seiner Mitmenschen zu würdigen im stande sei.

Dr. Koslowsky äufsert Folgendes: Das in seinem Wohnorte befindliche Hospital für Lepröse bestehe bereits seit vielen Jahren. Er habe darin seit jeher tägliche Besuche gemacht, Obduktionen ausgeführt und mithin sich stets in der Lage befunden, angesteckt zu werden. Es sei ferner eine Wärterin dagewesen, die 15 Jahre hindurch stets um die Kranken gewesen sei, ihre Wäsche gewaschen, sie geküfst, mit denselben Löffeln gegessen, aus denselben Gläsern getrunken habe, kurzum täglich und stündlich der Möglichkeit einer Infektion ausgesetzt war und doch nicht infiziert worden sei. Ein grelleres Beispiel für die Nichtinfektiosität der Lepra könne er nicht anführen! (Refer. ist es absolut unverständlich, wie ein Arzt zu einem solchen Schlusse kommen könne. Ein jeder mufs doch zugeben, dafs hundert negative Beobachtungen den Wert auch nur einer positiven nicht aufwiegen können. Bei einer solchen Argumentation müfsten wir ja überhaupt jegliche Infektion in Abrede stellen, denn es gibt ja doch allen Infektionskrankheiten gegenüber refraktäre Individuen. Sollte der Vortragende aus dem Umstande, dafs wohl mancher Arzt, der hunderte von Typhusfällen behandelt, seziert hat etc. und doch nicht infiziert worden ist, auch den Schlufs ziehen dürfen, dafs der Typhus keine ansteckende Krankheit sei? Und sind schliefslich die Fälle von Arning, des Pater Damian und manche andere weniger bekannte, aber nichtsdestoweniger nicht weniger beweisende, für den Vortragenden keiner Erwähnung, keines Versuchs einer Erklärung wert, vorausgesetzt dafs sie überhaupt bekannt sind?) Zum Schlufs teilt K. mit, dafs er innerhalb 30 Jahre keinen Fall von Ansteckung durch Zusammenwohnen erfahren habe. Was die Präventivmafsregeln und seine Anschauungen über die Leproserien betreffe, so gebe er hiermit zu wissen, dafs dank der Regierung auf die von ihm zusammengestellten Daten (?) über die Nichtinfektiosität der Lepra hin, die Leproserie im Kaukasus geschlossen worden sei.

Prof. Polotebnoff weist darauf hin, dafs der Vorredner 20,000 Menschen auf Lepra untersucht und die bekannte Monographie über Lepra, die die hervorragendste Stelle in der russischen Litteratur einnehme, verfafst habe.

Prof. Pospeloff teilt einen Fall mit, der einen an Lepra Verstorbenen betrifft, der stets im Moskauer Gouvernement gelebt habe. Somit sei die Krankheit auch in Mittelrufsland nicht unbekannt.

N. H. Woblij führt einen Fall an, wo die betreffende Patientin 10 Jahre im Kaukasus gelebt hatte. Sie kehrte von dort leprös zurück.

Ein Mitglied (der Name blieb leider unbekannt) äufserte, ebenso wie bei anderen Infektionskrankheiten, so könne auch bei der Lepra die Virulenz des Bacillus zeitweilig eine verschiedene sein, wonach sich solche Fälle erklären liefsen, die keiner Erkrankung unterliegen.

Dr. Pfibsen hält energisch an der Infektiosität fest, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Da die Lepra eine entschieden bakterielle Erkrankung sei, und alle diese für infektiös gelten;

2. weil stets in den leprösen Produkten Riesenzellen nachgewiesen werden können;

3. weil das Experiment die Frage in bejahendem Sinne beantwortet; abgesehen von Impfungen an Menschen, seien ihm sowohl als auch anderen Kollegen erfolgreiche

Überimpfungen auf Kaninchen bekannt; es wurden bei ihnen Leprazellen und Leprabacillen nachgewiesen.

Der Vorsitzende Prof. Tarnowsky schliefst die Diskussion mit dem Hinweis darauf, dafs trotz der geteilten Meinungen man darauf zu sehen habe, ob der Nutzen der Leproserien bewiesen sei oder nicht; in ersterem Falle müsse die Einrichtung der Leproserien sowohl für die Kranken, als auch für die gesunden Mitmenschen als human betrachtet werden. Die Versammlung beschlofs darauf mit Stimmenmehrheit, sich für Errichtung von Leproserien auszusprechen.

Prof. Manssuroff spricht über **die Psorospermose der Haut, das Molluscum und die Pagetsche Erkrankung der Brustdrüsen.** Vortragender lenkt die Aufmerksamkeit auf die von Darier 1889 beschriebene Krankheit. Die Psorospermose tritt teils als Molluscum teils als Ulzeration auf. (Es werden in Paris verfertigte Abbildungen herumgezeigt.) M. teilt darauf einen eigenen Fall mit. Zu Ende des vorigen Jahres kam ein Patient zu ihm, der eine Kombination von Molluscum und Psorospermose aufwies. Erste Erscheinungen im 9. Jahre seines Lebens. Im 20. schnitt Patient selbst einige Auswüchse ab. Weiterhin bedeckte sich sein ganzer Körper mit einem trockenen papulösen Exanthem und braunen Infiltraten. Die Molusken wurden abgeschnitten und mit Lapis gebeizt, darauf ausgekratzt (nach Volkmann). Erfolg gering. Es kamen keine Entzündungserscheinungen vor; blofs einfache Infiltration in Form von kleinen Warzen. Patient hatte also die trockene Form. Bisweilen kamen auch vegetierende Formen in Form von nässenden Papeln vor, namentlich wo der paniculus adiposus und der Drüsenapparat sehr ausgebildet ist. Der Unterschied ist nur ein anatomischer, die Ätiologie dieselbe (es werden Präparate vorgelegt). Der Prozefs kommt durch Einlagerung von Coccidien in die Zellen der Epidermis zu stande, welche zu wuchern, zu hypertrophieren beginnt, es bildet sich eine harte Hornhaut und Entzündung des Unterhautzellgewebes. Die Frage, ob die Organismen von aufsen in die Haut dringen oder auf dem Wege der Blutbahn, ist noch unentschieden; wahrscheinlich sind wohl beide Wege möglich. Bisweilen kommen beide Formen, die trockene und auch nässende Form, vor. M. zeigt eine alte Zeichnung, die von irgend einem Sammler medizinischer Kuriositäten gezeichnet war (in Lebensgröfse). M. hatte sie zufällig aufgefunden. Der auf ihr wiedergegebene Hautprozefs war täuschend dem der Psorospermose ähnlich. Somit erwies sich die neue Krankheit als eine sehr alte. Ob das Molluscum eine rein lokale Krankheit oder der Ausdruck einer Dyskrasie ist, läfst sich nicht bestimmen. Bei der Pagetschen Krankheit tritt Dermatitis, Jucken, Ulzeration auf; die Haut der Brustdrüse wird infiltriert, und die chronischen Ulzerationen verändern sich zu krebsigen Geschwüren. Nur das Mikroskop zeigt die wahre Ursache. Man findet in den Neubildungen Coccidien, krebsig degenerierte Zellen und echte Krebszellen. Gegenwärtig mufs jeder oberflächliche Krebs für verdächtig gehalten werden. Thesen:

1. Psorospermosis fibroma molluscum — Pagetsche Krankheit sind in ätiologischer Hinsicht gleichartige Krankheiten.
2. Die Verschiedenheit der Form liegt nur in einer Verschiedenheit des Substrats.
3. Sie sind lokale Leiden und weichen einer lokalen Therapie.
4. Die Infektion entsteht hauptsächlich durch Tiere.

Diskussion fand nicht statt.

Prof. Pospeloff: **Die gegenwärtige Anschauung über die Bedeutung der Coccidien auf die Dermatonosen.** Vortragender sagt zuerst einige Worte über die Coccidien und die bisher bekannten Fälle von Coccidienbefunden am Menschen (Prof. Lindemann, Knoch etc.), über ihre Natur und Klassifikation (Gregarinen, Coccidien, Sarkosporidien, Myxosporidien, Mikrosporidien). Das Molluscum contagiosum

wird durch Einwanderung von Coccidien in die Follikel der Haut verursacht. Die Pagetsche Krankheit ist eine Coccidienerkrankung, vielleicht gehört auch der flache Hautkrebs zu dieser Gattung. Coccidien können auch eine allgemeine Psorospermose hervorrufen, und schliefslich sind von Wickham auch im Ulcus rodens Coccidien gefunden worden. Was die Pagetsche Krankheit anbetrifft, so kommt dieselbe auch am Skrotum bei Männern vor. Sie beginnt selten vor dem 40. Jahre, entwickelt sich langsam und geht nicht vor 2 bis 6 Jahren in Epitheliom über. Sie gibt oft zur Verwechselung mit Ekzem, Krebs Anlafs. Sie verläuft in 3 Perioden: 1. oberflächliche Borkenbildung; 2. entzündliche Erscheinungen mit oberflächlicher Ulzeration, Nässen und Eiterborken; 3. centraler Zerfall. Die Lymphwege und Drüsen sind auch nach jahrelangem Bestande nicht in Mitleidenschaft gezogen. Subjektive Erscheinungen: Jucken, Schmerzen, sogar durch Luftzutritt hervorgerufene Interkostalneuralgien. Häufig kommt wirkliche Krebsbildung vor. Die Untersuchung auf Coccidien geschieht durch Färben mit Safranin und Ammoniak oder Jodtinktur. Die Coccidien erreichen zuweilen eine beträchtliche Gröfse und doppelte Zellmembranen.

Prof. Tarnowsky führt einen Fall aus seiner Privatpraxis an. Es sitzt die Pagetsche Krankheit auf der Glans, in Form einer nässenden Oberfläche, die an ein Ekzem erinnert (gegen welches jedoch die Dauer der Erkrankung spricht). Der Verlauf ist durch Schmerzen, Ulzeration und Verhärtung gekennzeichnet, aber kein Karzinom vorhanden. *Kroug-Hungerburg b. Narwa.*

Verschiedenes.

Die Prostitutionsfrage.

Von

Dr. F. A. Rietema
in Rotterdam.

> Nicht die Wahrheit, in deren Besitz irgend ein Mensch ist, oder zu sein vermeint, sondern die aufrichtige Mühe, die er angewandt hat, hinter die Wahrheit zu kommen, macht den Wert des Menschen.
> (Lessing.)

Wenn je eine Geschichte gerechten Anspruch auf allgemeines Interesse erheben darf, so ist es unzweifelhaft die der Prostitution; desto mehr mufs es wunder nehmen, dafs jene Geschichte in der gegenwärtigen Gesetzgebung der verschiedenen Völker so wenig Spuren hinterlassen hat, dafs man, sich darauf stützend, glauben sollte, die Prostitution habe nie tief in das Leben der Nationen eingegriffen und dafs, wenn irgend wo unter zufälligen Umständen ihr Einflufs sich allzusehr geltend gemacht haben sollte, einfaches polizeiliches Einschreiten genügt hätte, sie wieder auf engere Grenzen einzuschränken. Wir aber wissen es besser. Jene Lücke in den Gesetzgebungen rührt her von der Thatsache, dafs das

Problem einer richtigen Regulierung der Prostitution bis jetzt noch nicht gelöst worden ist.

In den folgenden Seiten wollen wir versuchen, einen kleinen Beitrag zu jener Lösung zu liefern. Ab und zu werden wir einen Ausflug in das Gebiet der Theologie und der Moral machen müssen; es liegt dies in der Natur des Gegenstandes, der zu allen Zeiten sowohl Theologen wie Moralisten beschäftigt hat.

Die Thatsache, dafs es, so weit unsere historische Kenntnis reicht, immer und überall, je nach den Verhältnissen verschieden, Prostitution gegeben hat und dafs noch heutzutage kein einziges Volk, weder ein gebildetes noch ein ungebildetes, gefunden wird, das sie nicht aufzuweisen hätte, beweist zur Genüge, dafs sie einem in der menschlichen Natur tief wurzelnden Bedürfnis entspricht; wäre dies nicht der Fall, so wäre schon längst die letzte Prostituierte und mit ihr das ganze Problem ins Grab gesunken.

Das Verhältnis der Prostituierten zu der Gesellschaft, in der sie lebten, änderte sich im Laufe der Zeiten bedeutend und stand, zumal in der Kindheit der Völker, in genauem Zusammenhang mit den religiösen Anschauungen und den Gebräuchen der Gastfreundschaft. Noch jetzt sogar giebt es Volksstämme die, ebenso wie es bei den Voreltern der civilisierten Nationen vor tausenden von Jahren gäng und gäbe war, den Pflichten der Gastfreundlichkeit nicht Genüge zu leisten glauben, wenn sie ihrem Gaste nicht ihre Frauen oder Töchter zur Verfügung stellen. Geschichtlich wichtig wird die Prostitution erst bei den orientalischen Völkern, Griechen und Römern. Während der Zeit des Heidentums war die Rolle, welche die Prostituierten im Staate spielten, oft von nicht geringer Bedeutung, zumal ist die griechische Geschichte in dieser Hinsicht reich an Beispielen.

Mit dem wachsenden Einflufs des Christentums und dem damit verbundenen Asketismus, wurde die Bedeutung des Weibes im allgemeinen eine geringere und die gesellschaftliche Stellung der Prostitutierten nichts weniger als beneidenswert. Schon einige Zeit vor den Kreuzzügen änderte sich dieser Zustand, mehr aber noch während der Kreuzzüge und nach denselben. Der strenge Glaube der ersten Christen hatte sich nach und nach verwässert und zugleich hatte der Einflufs der asketischen Weltanschauung in dem Grade abgenommen, dafs man schon zur Zeit Karls des Grofsen in den meisten gröfseren Städten Bordelle fand. Im zwölften Jahrhundert wimmelten die Strafsen von Paris von Prostituierten. Ein arabischer Schriftsteller Em-ad-Eddin erzählt, dafs während der Belagerung von Saint Jean d'Acre im Jahre 1159 den Soldaten des Kreuzheeres eine Sendung von dreihundert schönen Frauen aus Frankenland zugeführt wurde, um ihnen die Zeit vertreiben zu helfen und ferner, dafs jene

Soldaten sich weigerten zu fechten, wenn sie nicht mit Frauen versehen waren. Das Beispiel der Kreuzfahrer fand bald Nachahmung bei den Muselmännern, so dafs auch zu ihrem Heere Frauen verdächtiger Sitten der Zutritt gestattet werden mufste.

Das anscheinend so romantische Rittertum im Mittelalter verliert viel von seinem poetischen Hauche, wenn man erfährt, dafs jener so hochgerühmte Frauenkultus sich nur auf die Frauen der höheren Kreise beschränkte. Die edlen Ritter nahmen nicht den geringsten Anstand, weniger hochgestellte Frauen zur Befriedigung ihrer reelleren Bedürfnisse zu benutzen. Lacurne de Sainte-Palaye z. B. citiert ein merkwürdiges kleines Gedicht, in dem erzählt wird, wie eine adlige Dame, bei der ein Ritter auf Besuch war, nicht habe einschlafen können, ehe sie ihrem Gast eine Bettgenossin geschickt hätte.

Ich will es dem Leser nicht ganz vorenthalten:

Et la comtesse à chief se pose,
Apele un soun pucelle,
La plus cortoise et la plus belle;
A consoil li dis: Belle amie
Alez tost, ne vous ennuit mie!
Avec ce chevalier gésir .....
Si le servez, s'il est metiers.
Je isa lassa volontiers,
Que je ne laissasse pour honte,
Ne fust pour monseigneur le conte
Qui n'est pas encore endormir .....

An vielen Örtern zog der Klerus nicht unbedeutende Einkünfte aus den Bordellen und sogar sorgte der löbliche Magistrat mancher mittelalterlichen Stadt dafür, dafs hohen Gästen schöne Frauen zur Verfügung standen: „Im Jahre 1410 wurden Dieterich von Quitzow auf Kosten des Magistrats »schöne Weibsbilder« dargeboten. Als Papst Innocenz IV. im Jahre 1251 Lyon verliefs, hielt der Kardinal Hugo eine Ansprache an das herbeigeströmte Volk und schlofs: „Meine Freunde, grofs ist, seitdem wir in diese Stadt eingezogen, unsere Nutzbarkeit und Mildthätigkeit gewesen. Denn bei der Ankunft fanden wir drei oder vier Hurenhäuser, jetzt dagegen hinterlassen wir nur eines, aber dies eine reicht vom östlichen Thore der Stadt bis zum westlichen". —

Burchardus teilt uns mit, wie Papst Alexander VI. das Fest des heiligen Martinus beschlofs: Am letzten Sonntage des Monats Oktober speisten fünfzig vornehme Huren mit dem Herzog von Valentinois in seinem Zimmer im apostolischen Palast. Nach der Mahlzeit führten sie mit den Bedienten und andern Anwesenden Tänze aus, erst gekleidet, dann nackt. Darauf wurden Leuchter mit brennenden Kerzen auf den Boden gestellt und zwischen die Leuchter Kastanien gestreut; während

nun der Papst, der Herzog und dessen Schwester Lucretia zusahen, mufsten die Huren, nackt, auf Händen und Füfsen zwischen den Leuchtern hindurchkriechen, um sie aufzuheben. Den Schlufs wollen wir lieber im Urtexte geben: „Tandem exposita dona ultimo, disploides de serico, paria coligarum et alia pro illis, qui plures mecetrices agnoscerent, quae fuerunt ibidem in aula carnaliter tractatae arbitrio praesentium et dona eis tributa victoribus".

Bekannt ist, wie, bald nach der Belagerung von Neapel, zahlreiche Mönch- und Nonnenklöster von der Syphilis entvölkert wurden.

Kurz, es lassen sich eine Menge Beweise beibringen, aus denen hervorgeht, dafs in der katholischen Kirche die Natur über die Lehre den Sieg davongetragen hatte und wer weifs, welche Verhältnisse sich auf geschlechtlichen Gebiete daraus entwickelt haben würden, wenn nicht Luther, Calvin, Zwingli etc. versucht, die alte Lehre in ihrer Reinheit wiederherzustellen und dabei viele Anhänger gefunden hätten. Natürlich rief dieses in der katholischen Kirche eine Gegenwirkung hervor, wodurch dem schon so gut wie toten Asketismus neue Lebensgeister eingeflöfst wurden, deren Wirkung bis auf unsere Zeit fühlbar ist. Zumal in Ländern mit Calvinistischer oder mit gemischt katholischer und protestantischer Bevölkerung ist in neuester Zeit auf geschlechtlichem Gebiete ein Aufflackern sogenannter Moralität bemerklich, das sich auf verschiedene Arten äufsert, sich jedoch in dem Kampf gegen die ärztliche Überwachung der Prostituierten praktisch am meisten geltend macht.

Wie wenig man dem wahren Menschlichen im Menschen Rechnung trägt, geht u. a. aus Folgendem hervor:

Die römisch-katholische Kirche hält den ehelosen Stand für heiliger als den Ehestand und fordert denn auch von ihren Dienern und Dienerinnen das Gelübde der Keuschheit. Der Coitus darf nicht ausgeübt werden nur mit der Aussicht auf einen momentanen Genufs, sondern einzig und allein mit dem Zweck, einem neuen Wesen das Dasein zu geben. Einflufsreiche Moralisten Lignori, Gury, Scavini, Girolamo del Portico und aus späterer Zeit u. a. Craisson) lehren, die copula propter solam voluptatem sei mindestens ein peccatum veniale, oft aber grave, demjenigen also, der die infolge der copula zu erwartende generatio proles nicht wolle, sei die Ausübung der Copula nicht gestattet. Sogar wenn eine Frau die Gewifsheit habe, dafs sie durch Schwangerschaft in grofse Lebensgefahr geraten werde, sei ihr die Anwendung derjenigen Mittel verboten, wodurch einer eventuellen Befruchtung vorzubeugen wäre. Den Körper selbst teilen sie ein in partes minus honestae (pectus, brachia, crura) und partes turpes (partes genitales iisque proximae). Ebensowenig hat sich die protestantische Kirche eine vernünftige Anwendung des schönen Lutherschen Wortes:

Wer nicht liebt Wein, Weib und Gesang,
Der bleibt ein Narr sein Leben lang

zu schulden kommen lassen.

Wie tief steht eine solche Lebensanschauung unter der, welche die Bewohner des alten Hellas in dieser Hinsicht hatten. Dort betrachtete man die auf die Fortpflanzung des Menschen bezüglichen Organe nicht als etwas, worüber man am besten garnicht spricht, deren man sich sogar eigentlich schämen sollte. PLUTARCH erzählt, wie LYKURG die Erziehung der Mädchen regelte; weil mir nur die Übersetzung des RICARD zur Verfügung steht, so lasse ich hier den französischen Text folgen:

„Pour prévenir la mollesse d'une éducation sédentaire, il les accoutuma à paraître nues en public comme les jeunes gens, á danser, à chanter à certaines solennités en présence de ceux-ci, à qui dans leurs chansons, elles lançaient à propos des traits piquants de raillerie lorsqu'ils avaient fait quelque faute, comme elles leur donnaient des louanges quand ils les avaient méritées."

Und etwas weiter sagt er:

„La nudité des filles n'avait rien de honteur, parce que la vertu leur servait de voile et écartait toute idée d'imtempérance."

Den Erfolg jener Erziehung kennzeichnet die Antwort, welche GORGO, die Frau des LEONIDAS einer fremden Frau gab, die zu ihr sagte:

„Vous autres Lacédémoniennes, vous êtes les seules femmes qui commandez aux hommes," worauf sie entgegnete: „C'est que nous sommes les seules qui mettions au monde des hommes."

Zum Glück zeigt sich in neuester Zeit hier und da eine, wenn auch geringe, Besserung in der Unterrichts- und Erziehungsmethode, so dafs vielleicht zu erwarten ist, dafs die sich jetzt entwickelnde Generation etwas gesundere Ansichten über geschlechtliche Angelegenheiten in die Gesellschaft mitbringen wird. Für den aufmerksamen Beobachter gibt es sogar der Zeichen die Menge, woraus sich entnehmen läfst, dafs die Prostitution in der gewöhnlichen Bedeutung des Wortes niemals die Ausdehnung erlangt hätte, welche sie wirklich in unserer Gesellschaft erreicht hat, wenn nicht beim aufserehelichen Umgang der Genufs bei beiden Parteien mehr oder weniger durch die Furcht vor Ansteckung und bei der Frau überdies noch vor einer möglichen Schwangerschaft vergällt würde. Wäre diese Furcht nicht da und ständen jeder Frau die Mittel zu Gebote, wodurch einer Schwangerschaft vorgebeugt werden kann, so wäre schon jetzt unter Unverheirateten beiderlei Geschlechts ein intimeres Verhältnis auf sexuellem Gebiete nicht nur möglich, sondern würde auch schon bestehen und ein Ehebündnis vielleicht nur dann eingegangen werden, wenn man die Lust hätte und die Mittel erlaubten, eine Familie

zu begründen. Nun aber die Furcht sowohl vor Ansteckung wie vor Schwangerschaft für die meisten Frauen ein wichtiger Grund ist, nur den gesetzlich sanktionierten Coitus auszuüben, so machen eine grofse Anzahl von Frauen das Pflegen aufserehelichen Umgangs, sowohl jetzt wie früher, zu einem Gewerbe, dessen finanzielle Vorteile nach ihrer Meinung die mit der Ausübung desselben verbundenen Gefahren aufwiegen. Natürlich ward und ist jenes Gewerbe noch immer ein reichlich fliefsender Quell für die Verbreitung venerischer und syphilitischer Krankheiten, daher sich denn auch bald der Staat, bald wieder die Gemeinde bemüht haben, der von den Prostituierten ausgehenden Ansteckung Einhalt zu thun. Betrachtet man nun die verschiedenen darauf bezüglichen Verordnungen, so fällt überall eine gewisse Halbheit, ein gewisses Schwanken auf, das von der Scheu der Regierungen herrührt, das Dasein von Prostituierten officiell anzuerkennen, indem sie darin eine indirekte Anerkennung des guten Rechtes der Prostitution zu sehen glauben. Diese Ansicht scheinen auch Ärzte zu teilen; JEANNEL z. B. sagt: „La majesté et l'inviolabilité de la loi répugnent également à l'autorisation formelle et à la prohibition absolue de la prostitution", man solle: „réléguer dans les attributions de la police le traitement palliatif de ce hideau enutoire" und man darf annehmen, dafs er darin die Ansicht der meisten französichen Ärzte ausspricht. In der That wird aber gegenwärtig überall das Tolerieren der Prostitution als Unvermeidliches betrachtet, woraus logisch die Notwendigkeit gesetzlicher Verordnungen hervorgehen sollte, in denen die rechtliche Stellung der Prostituierten bestimmt und polizeiliche Intervention bestimmten Regeln unterworfen würde. Dennoch haben sich bis jetzt die meisten Regierungen dem Zustandekommen eines solchen Gesetzes widersetzt, indem sie behaupten, ein derartiges Gesetz würde, eben weil es bestimme, in welchen Fällen die Prostitution strafbar sei, zugleich anerkennen, dafs ihre Existenz möglich, ohne gesetzlich straffällig zu sein. Durch solch ein Gesetz würde, wie sehr es auch die gewerbsmäfsige Ausübung der Prostitution einschränken möchte, principiell festgesetzt werden, dafs die Ausnutzung des Körpers ein Gewerbe sei und als solches anerkannt werden müsse. Dazu haben sich die meisten Gesetzgeber nicht entschliefsen können und daher ist beinahe stets und überall der Polizei die diskretionäre Gewalt anvertraut worden, dort wo es ihr nötig zu sein scheint, diejenigen Mafsregeln zu ergreifen, wodurch in bestimmten Fällen die Prostitution auf engere Grenzen eingeschränkt werden kann; aus Mangel an allgemeingiltigen Bestimmungen wurde an einem Orte so, und an andern Orten wieder anders zu Werke gegangen, ohne dafs von einem eigentlichen planmäfsigen Zusammenwirken jemals die Rede gewesen ist.

Es will uns, auch in Hinblick auf den gegenwärtig von einem grofsen Teile der Menschheit hinsichtlich der Mafsregeln allgemeinen Nutzens

eingenommenen Standpunkt, bedünken, dafs es Zeit wird, mit dieser unbestimmten Politik zu brechen. Der Staat soll den Verhältnissen, wie sie wirklich sind, Rechnung tragen. Dafs er durch die Anerkennung der Prostitution als Gewerbe — wodurch er also nach der Meinung einiger Personen der Ausnutzung des Körpers principiell Gesetzkraft erteilen würde — etwas thäte, wogegen sich das moralische Gefühl der Menschheit empöre und worüber die Religion ihr Anathema ausgesprochen habe, ist eine Phrase, die keine Beachtung verdient.

Sobald der Staat die Prostitution officiell als Gewerbe anerkennt, stellt er sich hinsichtlich der ärztlichen Untersuchung der Prostituierten auf einen ungleich klareren Standpunkt wie jetzt. Denn der Staat hat nicht nur das Recht über jedes von den Unterthanen betriebene Gewerbe Aufsicht zu führen, sondern auch für jedes Gewerbe im Interesse der Einwohner verbindende Verhaltungsmafsregeln zu erteilen. Wenn nun, wie in unserm Falle das Gewerbe an den Körper gebunden ist, so steht es, sobald die Prostitution als Gewerbe anerkannt worden, von rechtswegen unter staatlicher Aufsicht, und kann somit der sanitären Kontrolle unterworfen werden, welches Recht des Kontrollierens bei den heutzutage noch in den meisten Ländern geltenden Gesetzen immer mehr oder weniger problematisch ist. Sollte sich aus der Kontrolle ergeben, dafs bei einer bestimmten Person die Ausübung des Gewerbes für das körperliche Wohl der Gesellschaft gefährlich, so wäre es eigentlich die Pflicht des Staates, dieser Person die Ausübung des Gewerbes zu verbieten. Doch hierbei würde man auf eine eigentümliche Schwierigkeit stofsen. Denn das Verbot an sich würde natürlich wenig fruchten, wenn nicht auf die Übertretung desselben Gefängnis- oder Geldstrafe gesetzt würde. Ehe aber die Polizei eine solche Übertretung würde haben ermitteln können, hätte die Frau Gelegenheit genug gehabt, ihr Gewerbe trotzdem auszuüben und mithin das Kontagium zu verbreiten. Soll also die ärztliche Überwachung der Prostituierten wirklich etwas auf sich haben, so mufs dem Staate das Recht anerkannt werden einer Person, von der bestätigt wird, dafs sie an einer venerischen oder syphilitischen Krankheit leide, sofort die Ausübung ihres Gewerbes unmöglich zu machen, sie in ein Krankenhaus unterzubringen und dort so lange behandeln zu lassen, bis man die Gewifsheit hat, dafs sie für ihre Umgebung nicht mehr gefährlich ist.

Hiergegen könnte vielleicht mit einigem Rechte eingewandt werden, dafs der Staat, wenn er jemand zwinge, in ein Krankenhaus zu gehen, dann doch jedenfalls seiner persönlichen Freiheit Abbruch thue. Man wird aber sehen, dafs bei der von uns vorgeschlagenen Regelung diese Schwierigkeit wegfällt.

Es ist sehr zu hoffen, dafs jeder Staat die Prostitution als Gewerbe

anerkennen und infolgedessen die ärztliche Überwachung selbst in die Hand nehmen wird; auf diese Überwachung legen wir sogar einen so grofsen Wert, dafs nach unserem Dafürhalten jede Regierung, die sich nicht bemüht, das Recht der Überwachung zu erlangen, sich dadurch eines der schwersten Versäumnisse zu schulden kommen läfst.

(Fortsetzung folgt.)

Korrespondenz.

Paris, Mitte März 1891.

P. P.

Der Lichen simplex chronicus von VIDAL, der alte Lichen circumscriptus der früheren französischen Autoren, wird durch die neuern Arbeiten von BROCQ und JACQUET wieder als besondere Krankheitsform anerkannt.

Seit HEBRA wurde der Lichen circumscriptus von der Wiener Schule nicht mehr als Lichen, sondern als eine Varietät des Ekzems bezeichnet. Allmählich trat auch die französische Schule dieser Lehre bei, und bald war VIDAL[1] mit seiner Auffassung des L. simplex der alleinige Verteidiger der alten Franzosen. Und als er auf dem Pariser Kongresse[2] diese seine Ansicht über die Lichen-Gruppe vertrat, erhob sich keine einzige Stimme zu seiner Unterstützung; man hielt es eben für nutzlos, eine Besprechung über einen Gegenstand, der längst erledigt schien, wieder zu eröffnen. Inzwischen hat aber JAQUET auf Grund neuerer Untersuchungen[3] nachgewiesen, dafs verschiedene Hautveränderungen, die man als Primärerscheinungen auffafste und die der einen oder andern Klassifikation als Grundlage dienten, erst sekundärer Natur seien. Die Eruptions-Elemente sind nur eine Wirkung des Kratzens infolge der lebhaften Prurigo. Es handelt sich um eine pruriginöse Krankheit und um nichts weiter, um eine pruriginöse Krankheit, zu der erst sekundär ein Exanthem hinzutritt und die zur Gruppe der „Neurodermites" gehört. Es war klar, dafs, wenn diese Angaben sich bestätigten, hier der Anstofs zu Abänderungen in der bisherigen Klassifikation gegeben war. Der erste Schritt in dieser Richtung ist nun durch BROCQ und JACQUET[4] geschehen, indem

[1] *Annales de Dermatologie* 1886.
[2] *Comptes rendus du Congrès de Dermatologie à Paris* 1890. S. 28.
[3] Das Verschwinden von Hautausschlägen mit Pruritus nach Watteeinwicklungen, wodurch das Reiben und Kratzen verhindert wird. *Société de Dermatologie* 1890.
[4] *Annales de Dermatologie.* 25. Febr. u. 25. März 1891.

sie dem Lichen simplex chronicus eine andre Stellung zuweisen. Nach ihrer Auffassung ist der Hautausschlag bei dieser Krankheit sekundärer Natur; die Papeln, die umschriebenen Plaques, die Pigmentierung verdanken ihr Entstehen dem Kratzen, das dem Kranken wegen des heftigen Pruritus zur Notwendigkeit wird; letzterer, der Pruritus, macht das ursprüngliche Leiden aus.[5] Verhindert man das Kratzen durch hermetisch schliefsende Watteeinpackungen, so läfst der Ausschlag wesentlich nach. Gestattet man aber den Patienten wieder das Kratzen, so vermehren sich auch wieder die Papeln und werden gröfser. Niemals bestand nach den Beobachtungen von Brocq und Jacquet der Ausschlag früher als der Pruritus. Es scheint also, als ob dieses Leiden, für das Vidal mit so treffenden Beweisgründen eintrat, dafs seine Schüler sich leicht überzeugen liefsen, durch die neuern Untersuchungen der genannten Autoren seine besondere Pathogenese erhalten soll. Durch diese Untersuchungen erhält die Vidalsche Ansicht auch ihre wissenschaftliche Stütze. Mir schienen während meiner Assistentenzeit bei Vidal seine Ausführungen sehr zutreffend, und ich hatte meine stillen Zweifel, wie man eine so bestimmte, und bei allen Kranken völlig gleichmäfsig auftretende Erkrankung ohne weiteres als Ekzema bezeichnen konnte. Offenbar war dabei das Bestreben mafsgebend, aus der Lichen-Gruppe eine Krankheit auszusondern, die nicht recht hineinpafste, und es war wohl nur ein Notbehelf, dafs man sie grade in die Gruppe der Ekzeme einordnete, denn diese Gruppe hat einen breiten Rücken und kann sich nicht beklagen, wenn zu den vielen Rätseln, die sie birgt, noch ein neues hinzukommt.

Der Lichen chronicus simplex Vidals erscheint also wieder auf der Bildfläche, und zwar dieses Mal mit einem neuen Gesicht und auf festerer Grundlage. Er erscheint in der Gruppe der „Neurodermitis", als eine besondere Varietät derselben. In der Lichen-Gruppe wird er sich nicht wieder einfinden, solange diese Gruppe die initiale Papel zur Grundlage hat, aber aus der Gruppe Ekzema scheidet er aus. Indem er sich auf der Voraussetzung „eines initialen elementaren Pruritus mit sekundärem Hautausschlag" aufbaut, werden voraussichtlich in Bälde verschiedene Gruppen, unter andern Ekzem und Lichen ihren auf dem Kongrefs von 1889 anerkannten Besitzstand zu Gunsten der von Brocq und Jacquet begründeten „Neurodermitis" kürzen müssen.

Ich werde die Leser von der weitern Entwicklung dieser Gedanken innerhalb der Schule des Hôpital Saint-Louis auf dem Laufenden halten.

Genehmigen Sie etc.

Ihr

ergebenster Louis Wickham.

---

[5] Ich weise die Leser dringend auf die vortreffliche Darstellung in jener Arbeit hin.

(Übersetzt von Dr. Türkheim-Hamburg.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Weitere Mitteilungen über die mit dem KOCHschen Heilmittel gewonnenen Erfahrungen.

1. Von Prof. Dr. BARDENHEUER. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1891. No. 5.)

In dem Bürgerhospital zu Köln wurden 20 Fälle von **Lupus faciei**, 6 Fälle von **Tuberkulose der Haut**, 12 Fälle von **Lymphdrüsentuberkulose** und 4 Fälle von **Nebenhodentuberkulose** mit der KOCHschen Lymphe behandelt, wobei sich als Schattenseiten des Mittels herausstellte, dafs es oft den Organismus heftig angreift. Bei einer Tuberkulose der Wange sah B. mit jeder neuen Injektion neue, häufig auf das Vorhandensein mit negativem Resultate untersuchte Drüsen vor den Ohren, unterhalb der linken, dann unterhalb der rechten Unterkieferhälfte, dann hinter den Ohren, dann in verschiedenen Zeitabschnitten vor und hinter dem Cleidomastoid. etc. sich entzünden. Das Gleiche fand statt bei einem Lupus der Nasenspitze; bei einem Lupus im Gesichte erkrankte das bis dahin für absolut gesund gehaltene rechte Knie. Bei einer Nebenhodentuberkulose linkerseits erkrankte der sehr oft untersuchte, bis zur neunten Injektion gesund befundene rechte Nebenhoden.

Die Lichtseiten der Behandlungsmethode haben aber entschieden das Übergewicht; doch zeigte sich, dafs der superfizielle und exulzerierte Lupus bessere Resultate ergab als der tiefer gelagerte, weil im ersteren Falle das nekrotische Gewebe nach aufsen abgestofsen werden konnte, im letzteren dagegen dasselbe der eventuellen Resorption überlassen bleiben mufste. B. kommt nach seinen Beobachtungen zu dem Resultate, dafs man am besten thut, den tuberkulösen Herd bloszulegen und dem superfiziellen Lupus gleichzustellen, weshalb er v o r der Injektion zur Auslöffelung und Stichelung des tief gelagerten Lupus rät. Die langsame Heilungsdauer selbst des oberflächlichen Lupus bei grofser Ausdehnung desselben fordert gleichfalls zur vorausgeschickten Auslöffelung auf, um die weitere Ausdehnung des tuberkulösen Herdes zu verringern. 8 Fälle von derartig behandeltem Lupus bestätigen dies vollständig.

2. Von Dr. OSKAR BRIEGER: Über **Schleimhautlupus**. (Ebenda.)

18 Fälle von Schleimhautlupus wurden auf der NEISSERschen Klinik mit Dosen von 0,002—0,005 behandelt, wobei sich zeigte, dafs die mit Schleimhautaffektionen komplizierten Lupusfälle gegenüber denen, in welchen der Prozefs auf die Haut beschränkt war, besonders intensive Allgemeinreaktionen darboten. Exantheme traten während derselben relativ oft, Schüttelfröste ziemlich selten auf. In einem Falle schlofs sich ein mehrere Tage anhaltendes Nachfieber der Reaktion an. Die lokale Reaktion, die meistens schon bei dem ersten Beginn des Ansteigens der Temperatur, 4—5 Stunden nach der Injektion, nachweisbar wurde, bestand in Rötung und Schwellung, Schmerzhaftigkeit bei Berührung und vermehrter Sekretion. Der Grad der Schwellung war verschieden; bei einem Fall von Lupus des harten Gaumens trat mit der Schwellung der ganzen Mundschleimhaut eine Lockerung der Schneidezähne ein; in einem anderen Falle, wo es sich nur um eine etwa halberbsengrofse Lupusefflorescenz, dem Alveolarfortsatz entsprechend, handelte, kam es zum Ausfall der beiden vordersten Schneidezähne. Bei Perforation des harten Gaumens schien auf der Höhe der Schwellung die Öffnung beträchtlich verkleinert; in einem Falle von Nasengaumenfistel bei Skrophuloderma der Hand wurde die vorher für Luft durchgängige, ziemlich enge Fistel während der Reaktion vollständig verlegt. Die Empfindlichkeit bei Berührung war sehr grofs; zeitweise traten Blutungen ein; bei Lupus des Rachens

und Kehlkopfes beobachtete man meistens Schlingbeschwerden, die längere Zeit bestehen blieben. In 2 Fällen von Nasenlupus, einmal auch bei Lupus des harten Gaumens, trat nach den ersten Injektionen eine leichte Heiserkeit auf, neben welcher vorübergehend objektiv eine mäfsige Hyperämie der Kehlkopfschleimhaut nachweisbar war. 10—12 Stunden nach der Injektion sieht man die Geschwürsflächen scharf abgesetzt gegen die Umgebung, umgeben von einem zuweilen über das Niveau des Geschwürs etwas prominierenden, grauweifsen Saum. Der Geschwürsgrund zeigt einen ziemlich fest adhärenten, schmierig grauweifsen, zuweilen auch wie gangränös braunschwarz aussehenden Belag. Bei Untersuchung abgeschabter Partikelchen desselben fanden sich keine Tuberkelbacillen. Die weiteren Veränderungen gestalten sich nun verschieden; bald beobachtet man den einfachen Rückgang lupöser Wucherungen ohne Zerfall, bald einen raschen Zerfall des tuberkulösen Gewebes im Bereich der Schleimhautherde. Die Heilung erfolgt unter Granulationsbildung, oder man sah an einzelnen Stellen, dafs, nachdem der Schorf abgestofsen war, die normale Schleimhaut zutage trat. Geheilt ist nur der eine Fall von Lupus der Zunge, alle anderen bieten partielle Heilungen und bemerkenswerte, objektiv deutlich nachweisbare Besserungen.

3. **Mikroskopische Befunde bei Tuberkulose der Haut und der sichtbaren Schleimhäute nach Anwendung des Kochschen Mittels**, von Dr. C. Schimmelbusch. (Ebenda. 1891. No. 6.) Wird ein Knötchen auf der Höhe der Reaktion, wenn Schwellung und Rötung in loco und das Fieber das Maximum erreicht haben, wenn eben kleine helle Serumtröpfchen an seiner Oberfläche austreten und zu kleinen Borken einzutrocknen beginnen, excidiert und mikroskopisch untersucht, so erscheint das Stratum Malpighii stark durchfeuchtet, an einzelnen Stellen sind seine Zellen im Zustande der Quellung und vielfach ist es zur Bildung wahrer Vakuolen, zur Blasenbildung, gekommen. Das Stratum corneum ist in gröfseren und kleineren Lamellen abgehoben. Die Bläschen in der Malpighischen Schicht sind oft klein, sie nehmen dann nicht mehr Raum ein als 3—4 gesunde Zellen; vielfach aber sind sie gröfser und sitzen oft so dicht nebeneinander, dafs das Gewebe förmlich vakuolisiert aussieht. Sie sind erfüllt mit serösem Exsudat, in welches Eiterkörperchen in wechselnden Mengen eingelagert sind. Wachsen sie durch dieses in sie eindringende Exsudat noch mehr, so erreichen sie die Basis der Epidermis einerseits, das Stratum corneum andererseits, und ein Durchbruch ist unvermeidlich. Die Haut platzt, ein Strom von serösem Exsudat und Eiterkörperchen ergiefst sich aus der Öffnung, trocknet ein und bildet eine kleine Borke. Das Exsudat drängt oft mit mächtiger Gewalt gegen die Epidermis an, und der Rifs greift dann tiefer in den Papillarkörper hinein, wobei es selbst zu Hämorrhagieen kommen kann. Die Erscheinungen im subepidermoidalen Teile des Lupus treten geringer hervor, ebenso schwer läfst der Zustand der Blutgefäfse Vorstellungen über die Hyperämie gewinnen, welche in ihm vorher vorhanden war. Eine Vermehrung von Leukocyten, wie sie Kromeyer beschrieben hat, hat L. nicht konstatieren können, es finden sich wohl Leukocyten um und in den Gefäfsen im Bindegewebe, im Tuberkel, in der Epidermis und relativ am meisten noch im Exsudat. Das Bild nun, welches das Knötchen im Reaktionsstadium darbietet, ist das der akuten Entzündung und zwar das einer wesentlich exsudativen, die plötzlich zu dem alten chronischen Entzündungsprozefs hinzutritt. Mit dem Zurückgehen der klinischen Erscheinungen läfst sich auch mikroskopisch von den lebhaften exsudativen Prozessen nur noch wenig erkennen. Bei den Excisionen an den weiteren Tagen ist es oft schwer, die kleine Borke auf dem Lupusknötchen zu konservieren, sie fällt leicht ab, und unter ihr erscheint dann die glatte Oberhaut, rot und dünn aussehend. Die Tuberkel lassen wesentliche Veränderungen nicht erkennen. Nach mehreren Injektionen schien eine Verkleinerung der Tuberkel einzutreten, aber die Epitheloid-

und die zahlreich vorhandenen Riesenzellen änderten sich nicht. Von Nekrose und speziell einer Koagulationsnekrose war weder im Centrum, noch an der Peripherie der Tuberkel etwas zu erkennen. Auch beim Lupus exulcerans findet eine tiefgreifende Nekrose nicht statt; der durch die Injektionen hervorgerufene akute entzündliche Exsudationsprozefs befördert zwar die Abstofsung der in Ulzeration begriffenen Knötchen, wirkt aber auf etwa tiefer liegende nicht anders ein, als man es bei tiefer sitzenden Knötchen auch sonst sah.

Bei einem Fall mit Tuberkulose der Schleimhaut am harten Gaumen, der 47 Tage lang mit 18 Injektionen bis zu 0,15 behandelt war, zeigte das mikroskopische Bild nach Excision eines Teiles neue floride Prozesse. Die dicht unter der Oberfläche stehenden Tuberkel sind grofs und kräftig; von Nekrose ist nichts zu konstatieren; in jedem Schnitt lagern zahlreiche Riesenzellen. Die Infiltration mit Leukocyten ist verhältnismäfsig gering; grofse Mengen Tuberkelbacillen.

4. Prof. Lichtheim. (Ebenda. No. 7). L. hat bei **Lupus** und bei **Tuberkulose der Mund- und Nasenschleimhaut** günstige Resultate erzielt, jedoch wurde konstatiert, dafs beim Aussetzen der Injektionen leicht Recidive auftreten.

5. In der Sitzung der Berl. med. Gesellschaft vom 28. Jan. 1891 stellte Lassar ein 13jähriges Mädchen vor, bei welchem nach einer früher abgelaufenen tuberkulösen Coxitis auf der Streckseite des linken Oberschenkels ein **tuberkulöses Geschwür**, ein **ulzerierendes Skrophuloderma** von der Gröfse einer flachen Hand aufgetreten war und 2 Jahre bestanden hatte, ohne dafs anderweitige Heilversuche gemacht waren. Nach wenigen Injektionen mit verhältnismäfsig geringen Dosen Kochscher Flüssigkeit, reinigte sich das Geschwür und schlofs sich sodann vollständig, so dafs Anfang Januar, nach Verlauf von ungefähr 4 Wochen und nach Injektion von wenig mehr als 0,1 des Mittels eine gänzlich zugeheilte und überhäutete Fläche gebildet war.

6. Dr. Kromeyer. (Ebenda. No. 8). **Histologische Mitteilung über die Wirkungsweise des Tuberkulins.** K. kommt zu folgenden Resultaten: a) das Tuberkulin wirkt energisch nur auf peripher vaskularisierte Tuberkel, b) ganz junge und ganz alte Tuberkel werden nicht oder nur wenig vom Tuberkulin beeinflufst; die einen, weil sie noch nicht, die anderen, weil sie nicht mehr oder überhaupt nicht peripher vaskularisiert waren, c) die Heilwirkung des Tuberkulins beruht auf einer zur Narbenbildung tendierenden peripheren Entzündung um die Tuberkel. Sie ist der Naturheilung der Tuberkulose analog. d) Durch diese Narbenbildung wird die weitere Wirkung des Tuberkulins beschränkt. e) Daher wird die Heilung der peripher vaskularisierten Tuberkel zwar eingeleitet, ob sie indessen vollendet wird, kann erst in der Zukunft entschieden werden. *L. Hoffmann-Berlin.*

Berichtigung.

Auf Wunsch von Herrn Prof. Köbner teilen wir folgende Berichtigungen zu dem Referat über seine Mitteilungen in der Dermatologischen Vereinigung vom 6. Januar a. c. mit:

S. 183, Z. 5 von unten ist einzuschieben nach „Fall“: „als Anfangsdosis“.

S. 184, Z. 2 u. 3 von oben handelt es sich um Dosen einer 1 %igen Lösung.

S. 184, Z. 17 vor „Kaposi“ einschieben: „Köbner, so wie auch“.

Ebenda nach „bei“: „einen Fall von“.

Ebenda Z. 17 u. 18 sind die Worte „ja auch“ bis „ausgeblieben“ zu streichen.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XII. No. 8. 15. April 1891.

Über die Verwendung des Tuberkulins bei der Lupusbehandlung und einige neue Mittel gegen Lupus.

Vortrag

gehalten im Ärztlichen Verein zu Hamburg am 31. März 1891.

Von

P. G. Unna.

M. H. Es ist recht schwierig, heute über Resultate der Tuberkulinanwendung zu reden. Einem in der Geschichte unserer Wissenschaft beispiellosen Applause der Fachgenossen ist ein ebenso krasser Rückschlag bis zu einer zum Teil vernichtenden Kritik gefolgt. Nur ein kleiner Bruchteil der Ärzte hat die Hoffnung noch nicht aufgegeben, durch eine modifizierte Anwendungsweise oder durch Verbesserung des Tuberkulins selbst wenigstens die dem Tierexperiment abgelauschte, grofsartige Idee Kochs zu retten. Im grofsen und ganzen aber ist die Welt der Ärzte recht tuberkulinmüde.

Zwei Gründe sind es hauptsächlich, die mich trotz dieses mifslichen Umstandes bewegen, mit meinen persönlichen Erfahrungen, nicht in Form von Krankengeschichten — Sie haben deren bis zum Überdrusse gehört — sondern in Form kurzgefafster Resultate hervorzutreten. Einerseits ist es die Überzeugung, dafs wir Dermatologen mehr als andere Ärzte berufen sind, nach unseren im ganzen doch günstigeren Erfahrungen die Indikationen und Kontraindikationen der Tuberkulinbehandlung strenge und zunächst allerdings nur für das Hautorgan festzusetzen.

Was unter täglicher Kontrolle des Auges als regelmäfsige Folge der Tuberkulininjektion erkannt ist, mufs sich aber auch cum grano salis auf andere Organe übertragen lassen; es kann daselbst quantitativ verändert und von anderen Erscheinungen verdeckt werden, aber vorhanden mufs es auch dort sein.

Sodann bewegt mich der Umstand dazu, dafs ich von vornherein die übertriebenen Erwartungen der Meisten nicht geteilt habe. Davor bewahrte mich die einfache Versicherung von Koch, dafs sein Mittel die Bacillen nicht töte. Denn nur auf dieses Ziel kam es uns Dermatologen bei der Lupusbehandlung ja schon seit langem ganz allein an; die einfache

Abflachung und Glättung eines Lupus konnte jeder irgendwie erfahrene Dermatologe auch früher schon ganz sicher mit einfachen äufseren Mitteln und ohne operative Hülfe erreichen.

Dadurch bin ich andrerseits aber auch vor Enttäuschungen bewahrt geblieben, und ich mufs heute noch gestehen, nachdem ich ca. 40 Fälle von Hautkrankheiten mit Tuberkulin behandelt habe, dafs meine geringen Erwartungen nicht blofs erfüllt, sondern übertroffen worden sind.

Zunächst in diagnostischer Beziehung, der jedenfalls glänzendsten Seite der Kochschen Entdeckung. Auch diese hat man in neuerer Zeit herabsetzen wollen, wie ich glaube, sehr mit Unrecht, sowohl in rein wissenschaftlicher wie in praktischer Hinsicht. Allerdings ist es wahr, dafs auch andere Dermatosen, vor allem Lepra und Lupus erythematosus auf Tuberkulin reagieren. Von meinen 4 Leprösen reagierte auf die gewöhnlichen Lupusdosen nur einer nicht, die übrigen zum Teil sehr schwer auch schon bei kleineren Dosen. Und auch einen Fall von Lupus erythematosus mit positiver Reaktion kann ich den schon bekannten anreihen. Aber es ist für Lepra sowohl wie für den erythematösen Lupus bereits erwiesen, und ich kann dasselbe durchaus bestätigen, dafs die Art der Reaktion in diesen Fällen eine ganz abweichende ist. Dadurch wird wissenschaftlich die Annahme einer specifischen Wirkung des Tuberkulins auf tuberkulöses Gewebe also nicht erschüttert, sondern hat vielmehr neue Stützen erhalten.

Praktisch kommt es aber garnicht darauf an, ob nur eine oder eine ganze Reihe von Dermatosen auf Tuberkulin reagiert, sondern vielmehr darauf, ob solche Hautaffektionen und zwar gleichartig reagieren, welche sonst häufig zu Verwechslungen Anlafs geben. Nun glaube ich aber beispielsweise kaum, dafs jemals die Differentialdiagnose zwischen Lepra und Lupus oder zwischen Lupus und Lupus erythematosus einem erfahrenen Arzte Schwierigkeiten bereiten wird. Am leichtesten und öftesten kommt bekanntlich eine Verwechslung zwischen Lupus und Syphilis tertiaria, resp. hereditaria vor. Und hier liegt dem Tuberkulin gegenüber die Sache sehr günstig, indem von fast allen Beobachtern hervorgehoben wird, dafs Syphiliden garnicht reagieren. Auch ich konnte das in einem Fall von tertiärem, serpiginösem Syphilid bestätigen. Lepra und Syphilis, die unter Umständen viel eher verwechselt werden können, lassen sich ebenfalls durch das Tuberkulin in Fällen positiver Reaktion sicher unterscheiden.

Praktisch steht demnach für die Fragen der dermatologischen Diagnostik der Wert des Tuberkulins ebenso hoch wie wissenschaftlich und wird kaum durch Auffindung weiterer reagierender Hautkrankheiten wesentlich beeinträchtigt werden können.

Mir war speciell die Lösung einer strittigen Frage durch die Tuberkulininjektion von grofsem Interesse, die Frage nämlich, ob es ein

specifisch tuberkulöses Ekzem gibt. Sie wissen alle, m. H., sehr gut, dafs seit alter Zeit der Begriff eines skrophulösen Ekzems oder besser gesagt, eines Ekzems als Ausdruck allgemeiner Skrophulose in Laienkreisen sehr populär ist und auch die meisten, durchaus nicht nur die älteren Ärzte tragen durch ihr Urteil, dafs viele wenn nicht alle Kinderekzeme „skrophulös" seien, fortdauernd zur Propagation des Laienglaubens bei. Seit den Kochschen Arbeiten, d. h. seitdem es eine Skrophulose unabhängig von der Tuberkulose nicht mehr gibt, ist dieser Begriff des „skrophulösen Ekzems" auch nicht mehr so harmlos wie früher. Seitdem ist es für die Dermatologie vielmehr eine Frage von höchster Wichtigkeit, theoretisch wie praktisch geworden, ob es ein Ekzem gibt, welches auf „tuberkulöser Grundlage" ruht, d. h. ob Tuberkelbacillen unter Umständen auch ein Ekzem, einen feuchten Katarrh der Haut und zwar nur solchen erzeugen können. Ein solches Ekzem müfsten wir dann seiner Harmlosigkeit entreifsen und beim rechten Namen, nämlich ein „tuberkulöses Ekzem" nennen.

Eine solche scharfe Unterscheidung ist allerdings nach den Lehren der Wiener Schule nicht von grofsem Belange. Für diese würde, falls ein tuberkulöses Ekzem nachgewiesen wäre, nur die Tuberkulose neben unzähligen anderen Ursachen in die Ätiologie des Ekzems eingereiht werden. Denn für die Wiener Schule gibt es keine einheitliche Ätiologie des Ekzems; physikalische und chemische Reize, anorganische und organisierte Fremdkörper, äufsere und innnere Ursachen können da „Ekzem" machen und zwar Ekzeme von jeder beliebigen Form, denn alle verschiedenen Formen sollen nur Stadien einer grofsen Erkrankung „des Ekzems" ausmachen.

Ganz anders ist dieses nach meiner Anschauung, der, wie ich zu meiner Freude konstatiere, bereits viele ausländischen Dermatologen von Bedeutung und viele der jüngeren deutschen Fachgenossen beipflichten. Ich erkenne kein Ekzem als einheitliche Erkrankung an, sondern nur einzelne Ekzeme, die sich ätiologisch genau so verschieden verhalten wie klinisch und therapeutisch. Unter den von mir aufgestellen Typen des Ekzems sind zwei der praktisch wichtigsten, das seborrhoische und das tuberkulöse Ekzem. Während der erstere Typus mehr und mehr unter den Dermatologen aller Länder als ein gut fundierter anerkannt wird, ist meine Schilderung des „tuberkulösen Ekzems" als eine Entität noch von sehr vielen, ja von den meisten Seiten beanstandet worden. Besonders die ausgezeichneten französischen Dermatologen wie Besnier, Vidal, Leloir, Brocq u. A., welche das seborrhoische Ekzem in derselben Weise diagnostizieren wie ich, halten mein tuberkulöses Ekzem für einen banalen Hautkatarrh bei lymphatischen Individuen ohne bestimmten und

besonders ohne specifisch tuberkulösen Charakter und höchstens für eine Eingangspforte des Tuberkelbacillus.

Sie sehen aus dieser Auseinandersetzung, meine Herren, wie wertvoll für mich eine Prüfung der Frage mittelst des Tuberkulins sein mufste, wo die Züchtung von Tuberkelbacillen und Inokulationsversuche in diesem Falle auf ganz besondere Schwierigkeiten und Fehlerquellen stofsen. Ist es dagegen feststellbar, dafs typische tuberkulöse Ekzeme auf die Injektion von Tuberkulin reagieren und andere, z. B. typische seborrhoische nicht, so wird wohl ein Zweifel an der tuberkulösen Natur der ersteren nicht gut mehr möglich sein.

Das tuberkulöse Ekzem in dem von mir angenommenen beschränkten und specifischem Sinne finden wir fast nur bei Kindern, selten noch bei jungen, niemals bei alten Leuten. Es beginnt stets in der Umgebung der Schleimhauteingänge, nämlich der Augen, der Nase, des Mundes und der Ohren und im Anschlufs an eine ebenfalls der Tuberkulose verdächtige Konjunktivitis und Keratitis phlyctaenulosa, mit Photophobie, eine Rhinitis oder Otitis media. Es ist stets charakterisiert durch das Ödem und die polsterartige, zuerst weiche, dann feste Schwellung der befallenen Hautpartieen, besonders der unteren Augenlider, der Oberlippe und der seitlichen Halspartie unterhalb der Ohren, sodann durch die nie fehlende starke Schwellung der zunächstgelegenen Lymphdrüsen. Dieselben fühlen sich weicher, „markig" an und sind viel voluminöser als die harten, kleinen Drüsentumoren des Nackens bei manchen seborrhoischen Ekzemen des behaarten Kopfes. Die Hautaffektion selbst zeigt weiter weder typische kleine Ekzembläschen, noch trockene Papeln als primäre Efflorescenzen, sondern sehr oberflächliche, grofse, rasch zu Borken eintrocknende Blasen, nach deren Abfall ein profuses Nässen mit raschem Wiederersatz dicker, gelber und brauner Borken statthat. Endlich sind die subjektiven Empfindungen sehr gering; das tuberkulöse Ekzem juckt — im Gegensatz zum seborrhoischen fast garnicht.

Durch die Lokalisation, die konkomitierenden tuberkulösen Erscheinungen, die Lymphdrüsenschwellung, das Ödem, den erythematösen, profus nässenden, Blasen- und Borken bildenden Charakter und den Mangel an Jucken charakterisiert sich dieses Ekzem so gut und einfach, wie kaum ein zweiter Ekzemtypus.[1] Die dermatologischen Polikliniken sehen denselben seltener als die Augen-, Nasen- und Ohrenpolikliniken, da die Affektionen

[1] Nachdem ich auf diesen Typus 1884 in meiner Abhandlung über „das Ekzem im Kindesalter" (*Deutsche med. Ztg.* 1884, No. 43—47) zuerst aufmerksam gemacht, gab ich die erste genaue Beschreibung in: „Ichthyol und Resorcin" (*Dermatolog. Studien* I. Reihe, 2. Heft 1886. pag. 49) und einige erklärende Erläuterungen in meinen: „Vorlesungen über allg. Pathol. der Haut", Kap. Ödem. (*Monatsh. f. p. Derm.* Bd. X. No. 3 u. 4. 1890).

dieser Organe mit Recht als der Ausgangspunkt und das Wichtigste vom Publikum bereits betrachtet werden. Und so verdanke ich auch mein zur Prüfung dieser Frage verwertbares Material gröfstenteils der freundlichen Überweisung von Herrn Prof. DEUTSCHMANNS Poliklinik an die meine. Es waren 7 Fälle, 5 Kinder und zwei jugendliche Erwachsene. Sie boten alle die beschriebenen Symptome dar (nur in einem Falle hatte sich das tuberkulöse Ekzem an einen Lupus angeschlossen) und reagierten alle auf die Injektionen in gleich noch zu beschreibender, günstiger Weise, während 7 Fälle von typischem seborrhoischen Ekzem weder allgemeine noch lokale Wirkung der Injektionen zeigten. Besonders interessant war ein Fall (Bremmann), der im Gesicht ein typisches tuberkulöses Ekzem, auf dem Kopfe ein umschriebenes, ebenfalls typisches seborrhoisches, krustöses Ekzem zeigte. Während das erstere sofort auf die Injektionen reagierte, zeigte das letztere nicht die geringste Veränderung.

Nach diesen Erfahrungen halte ich es für sicher, dafs meine Auffassung dieser Ekzeme bisher die bestbegründete ist. Würde es sich um Ekzeme verschiedener Herkunft handeln, die nur als Eingangspforten für den Tuberkelbacillus dienten, ohne dafs sie bereits durch das Gift desselben Organismus hervorgerufen wären, so würde es schwer zu verstehen sein, weshalb dieselben dem Tuberkulin gegenüber sich nicht ebenso passiv verhielten wie andere, z. B. die am Kopfe so gewöhnlichen seborrhoischen Ekzeme. Dieselbe Schlufsfolgerung ist übrigens auch anwendbar auf die primären tuberkulösen Affektionen der Schleimhäute, vor allem auf die phlyktaenulären Augenentzündungen mit konsekutivem Katarrh des Thränenkanals und der Nasenschleimhaut. Auch diese reagierten in allen meinen Fällen in so prompter Weise, dafs ich sie als bereits tuberkulöse Affektionen betrachten mufs.

Ich wende mich nun zur therapeutischen Seite des Gegenstandes. Hier kam es mir, wie ich glaube, zu statten, dafs ich die zu injizierenden Fälle von vornherein aussuchen konnte und daher zum gröfsten Teile Patienten mit Tuberkulin injizierte, die ich bereits seit Jahren kannte und deren Reaktion auf eine grofse Reihe anderer Heilmittel ich bereits erprobt hatte. Die ersten 12 von meinen bisherigen 17 Lupusfällen waren solche alte Lupusfälle, welche nach scheinbarer, oft lange bestehender Heilung wiederum neue Lupusknötchen in den Narben aufwiesen. Der geringe Vorrat an lupösem Plasmom, an Lupusgewebe (KOCH), den diese Patienten in die Behandlung mitbrachten, hatte es zur Folge, dafs die Symptome nach den Injektionen sich zum Teil anders gestalteten, wie es die Regel ist. Aber gerade dadurch traten einige Erscheinungen mehr hervor, die bisher die Beachtung weniger auf sich gezogen haben.

Alle klinischen Erfahrungen ebenso wie die histologischen Beobach-

tungen haben bisher gelehrt, dafs die günstige Wirkung des Tuberkulins auf den Lupus, dafs die Resorption und Einschmelzung des Plasmoms in erster Linie parallel geht der entzündlichen Wallung an der Peripherie der Knötchen. Von einer Nekrose, wie. Koch es in seiner ersten Publikation angab, ist nach den übereinstimmenden Schilderungen aller Autoren und auch nach allem, was ich an meinen eigenen Kranken und denen anderer Ärzte gesehen habe, nichts wieder beobachtet worden.[2] Wenn der Lupus jemals wirklich durch Nekrose heilte, so wäre dieses keinenfalls ein nachahmenswerter Vorgang und die Narben würden nicht so schön sein, wie sie es thatsächlich nach dem Kochschen Verfahren sind. Das Plasmom, die Geschwulst des Lupus kann natürlich nur dadurch verschwinden, dafs viele Zellen ganz oder teilweise zu Grunde gehen und resorbiert werden, aber diese Nekrobiose der einzelnen Zellen findet sich ja überall, bei jeder Entzündung, in jedem gesunden Gewebe; wir dürfen einen solchen Prozefs nicht mit Nekrose bezeichnen. Zudem habe ich wahre Nekrosen en masse mit den gewöhnlichen Konsequenzen der demarkierenden Entzündung nach Tuberkulininjektionen in der That gesehen, aber nicht beim Lupus, sondern bei der Lepra.

Die entzündliche Wallung ist mithin nach den bisherigen Schilderungen der Kern der Lokalwirkung des Tuberkulins; auf das richtige Verständnis derselben kommt zunächst alles an. Man hat sich ziemlich allgemein dahin verständigt, dafs die Allgemeinwirkungen Folge der Lokalwirkungen sind, wie sie denselben zeitlich folgen und — allerdings mit nicht seltenen Ausnahmen[3] — denselben auch proportional sind. Es entsteht nun folgerichtig die Frage, wie diese Lokalwirkung zu stande kommt. Ist sie am locus affectionis das Primäre oder ist sie wiederum abhängig von anderen im Lupus vor sich gehenden Prozessen, also selbst nur eine Folgeerscheinung? Wäre sie das Primäre, so müfsten wir den Gefäfsen der Lupusnachbarschaft eine besondere Reizbarkeit für das Tuberkulin zuschreiben; sie müfsten dann allein von allen Gefäfsen des Körpers nicht blofs gelähmt werden — das liefse sich allenfalls noch

---

[2] Ich nehme das Wort Nekrose hier in dem allgemein gebräuchlichen Sinne als Abtötung des (bluthaltigen) Bindegewebes. Abgeschobene Krusten sind allerdings tote Epithelien, mit toten Wanderzellen und Fibrin gemischt. Aber da die Abschiebung in toto den physiologischen Vorgang bei dem alternden Epithel nachahmt, so zählt man die Krustenbildung nicht zu den Nekrosen.

[3] Diese Ausnahmen von der Regel zeigen, dafs eigentlich stets noch ein persönlicher Faktor den Grad der Allgemeinwirkung mitbestimmt; derselbe ist nur im Durchschnitt bei den meisten Individuen gleich, sodafs er vernachlässigt werden kann. Wo er aber auffallend von der Norm abweicht, haben wir eine besondere chemische Konstitution der Gewebe des Individuums anzunehmen. So kam ich bei einem sehr alten, nicht sehr ausgedehnten Gesichtslupus überhaupt nicht über die Dosis 0,002 hinaus, weil regelmäfsig nach jeder Injektion dieselben starken Allgemeinerscheinungen (Unbesinnlichkeit, Übligkeit, Kopfweh, Dyspnoe, Erytheme) auftraten, während die lokalen Effekte verhältnismäfsig nicht bedeutend waren.

mit ihrem jugendlichen Charakter als neugebildete oder pathologisch veränderte Gefäfse erklären, sondern sie müfsten durch das Tuberkulin direkt entzündliche Veränderungen erleiden von einer Intensität, wie sie sonst die ganze Geschichte des Lupus nicht kennt. Das scheint mir der Erklärung grofse Schwierigkeiten zu bieten.

Ist aber die entzündliche Hyperämie auch nur Folgeerscheinung, nämlich eines primären Zerfalles von Lupusgewebe und einer primären Resorption, so ist die Entzündung als eine einfache entzündliche Reaktion der Gefäfse auf diese Vorgänge leicht verständlich.

Diese, wie mir scheint, principiell wichtige Frage läfst sich nun entscheiden, sowie es gelingt, die Vorgänge der entzündlichen Hyperämie und der Resorption gesondert für sich zu erhalten. Wenn beispielsweise nachgewiesen werden kann, dafs eine erhebliche Resorption von lupösem Gewebe nach der Tuberkelininjektion eintritt, ohne dafs eine entzündliche Wallung überhaupt aufgetreten ist, so wird die Resorption auch in anderen Fällen das primäre, die Entzündung bedingende Moment sein. Finden wir hingegen entzündliche Lokalwirkungen, ohne dafs sich nach dem Abfall der Entzündungsgeschwulst eine Resorption des Gewebes herausstellt, so ist die Selbständigkeit der Tuberkulinentzündung am locus affectionis dargethan.

Ich habe nun in einer nicht kleinen Anzahl von Fällen in der That einen auffallenden Schwund von lupösem Gewebe zu verzeichnen gehabt, in denen die entzündliche Hyperämie entweder verschwindend gering war oder vollständig fehlte. Bei 4 mit Lupus behafteten Kindern (Dreist, Karstens, M. Anders, Marks), bei denen es sich um ausgedehnten Extremitätenlupus neben Gesichtslupus handelte, reagierten die Plaques der Arme und Beine, besonders die der Vorderarme, Hände, Unterschenkel und Füfse sehr wenig und zum Teil garnicht mit der gewöhnlichen Hyperämie, während die Stellen des Gesichts eine deutliche Rötung und Schwellung oder wenigstens eine leichte Randröte wahrnehmen liefsen. Ebenso passiv verhielt sich ein Lupus des Handrückens (Brede). Alle diese Fälle waren aber auch schon vorher kräftig äufserlich behandelt und wiesen nur noch deutliche Reste von lupöser Infiltration auf; sie reagierten also ähnlich wie ein lange nach Koch behandelter, sehr gebesserter Fall. Die regionäre Differenz zwischen Gesicht (besonders Wangen) und Extremitäten ist auch leicht erklärlich durch den physiologisch so viel schwächeren Tonus der Gefäfse der Gesichtshaut; er zeigt sich aber deutlich nur an den „Resten", nicht bei floriden, unbehandelten Lupusstellen.

In allen diesen Fällen wurde nun an den Extremitäten genau so gut wie im Gesichte eine deutliche Abnahme der lupösen Infiltrationsreste wahrgenommen, trotzdem bei ersteren eine sehr geringe oder

gar keine unmittelbare positive Reaktion vorhergegangen war. Diese Beobachtung war eine so häufige, dafs sich eine eigene Bezeichnung für diese „anämische Besserung“ der Lupusinfiltrate einbürgerte, der allerdings nicht sehr logische Begriff einer „negativen Reaktion“ nach Tuberkulininjektion.

Viel auffallender und wie ich gleich hinzusetzen will, praktisch viel wichtiger als die negative Reaktion der Lupusreste, erwies sich aber dieselbe negative Reaktion der Lupusnarben und des diffusen lupösen Fibroms. Ich habe neulich an dieser Stelle mitgeteilt, dafs die spontan und nach unzureichenden Eingriffen aus dem Lupus entstehenden Narben, Narbenwülste, Narbenkeloide eine ihnen eigentümliche histologische Struktur besitzen und deshalb auch nicht Narben, sondern lupöse Fibrome genannt werden sollten, im Gegensatz zu den wirklichen Lupusnarben, die den ganzen lupösen Prozefs definitiv abschliefsen. Ich kann hier noch hinzufügen, dafs die gröfseren und diffuseren Formen dieser lupösen Neubildung, die den sogenannten Lupus tumidus und Lupus elephantiasticus bilden, genau die beschriebene Struktur der umschriebenen lupösen Fibrome besitzen.

Alle diese Formen des lupösen Fibroms schwinden in gradezu wunderbarer Weise unter dem Einflusse des Tuberkulins und an den stärker tonisierten Hautstellen der Extremitäten ohne dafs sich eine Hyperämie vorher ausgebildet hätte. Besonders lehrreich waren die folgenden Fälle:

Ein Mädchen von 14 Jahren (J. Anders) mit einem so bedeutenden Lupusfibrom der Oberlippe und der keloidartig vorspringenden seitlichen Wangenpartieen, dafs die Nasenlöcher und der Nasenrücken dahinter verschwanden. Vor 2 Jahren hatte ich an der damals bereits knötchenfreien Oberlippe durch wiederholte Vidalsche tiefe Discisionen eine kurze Zeit anhaltende Besserung erzielt. Jetzt war die Lippe noch weit mehr elephantiastisch aufgetrieben; Lupusknötchen waren auch seither daselbst nicht wieder aufgetreten; aber zu einem nicht ganz geheilten Zahnfleischlupus war ein ausgedehnter Gaumenlupus getreten. Hier schwand unter Kochschen Injektionen das lupöse Fibrom sichtlich hinweg. Nach etwa 10 Injektionen trat die Nase wieder über die Lippe hervor, die Nasenlöcher wurden wieder frei; nach 15 Injektionen konnten zuerst wieder die Lippen geschlossen werden, nachdem Jahre lang der ektropionierte Oberlippenwulst das obere Zahnfleisch unbedeckt gelassen hatte. Hier trat überhaupt nie eine positive (d. h. entzündliche) Reaktion der affizierten Stellen ein. Nur nach der 6. Injektion von 0,007, als das Fibrom bereits merklich abgeschwollen war, rötete sich eine erbsengrofse Stelle rechts von der Nase und bedeckte sich mit einer Kruste; ein bis dahin unter dem Fibrom verborgen gewesenes Plasmomknötchen erschien an der Oberfläche und heilte alsdann definitiv aus.

Ein 13jähriges Mädchen (Dreist) zeigte von 38 über den ganzen Körper zerstreuten Lupusstellen nach einer vorjährigen Kur nur 8 scheinbar ganz ausgeheilt, indem an den Rändern der übrigen einzelne oder zahlreiche typische Einsprengungen wiederum vorhanden waren. Vier von diesen safsen an den Extremitäten und erwiesen sich auch späterhin als vollkommen ausgeheilt (mit Salicylcreosot-Pflastermull u. Calomelspray). Die vier andern safsen im Gesicht und zeigten weifse, etwas keloidartige, gestrickt aussehende „Narben“ ohne das kleinste, kandisfarbene Knötchen.

(Frühere Behandlung mit Salicylcreosot-Pflastermull und gelbem Quecksilberoxyd als Pulver.) Diese letzteren erwiesen sich aber bei der Kochschen Behandlung als lupöse Fibrome, denn erstens schmolzen sie allmählich ein zu ganz glatten weichen, wirklichen Narben und sodann erschienen im Laufe dieses Prozesses eine Reihe früher verborgen gewesener Plasmomknötchen an der Oberfläche, jedes mal schon vorher durch eine kollaterale Gefäßerweiterung angekündigt.

Eine 42jährige Frau (Maybaun) mit einem vor 22 Jahren beginnenden Lupus tumidus der Nase. Die Nase und die angrenzenden Wangenpartieen sind elephantiastisch verdickt und zu einer gleichförmigen, rötlichen Masse verschmolzen, in welcher nur sehr feine, senfkorngroße, kandisfarbene Einsprengungen noch erkennbar sind. (Behandlung mit Brookscher Salbe). Unter den Kochschen Injektionen wurde die tumefizierte mittlere Partie des Gesichtes jedesmal bläulichrot ohne stark anzuschwellen. Über die Dosis 0,01 konnte wegen starker Allgemeinerscheinungen (allgemeiner Cyanose mit starkem haematogenen Ikterus, heftige Magen- und Kreuzschmerzen nach jeder Injektion) nicht hinausgegangen werden. Alsbald aber begann eine auffallende Resorption des harten Bindegewebes, die alten Konturen der Nase traten wieder hervor, während hier und da ganz kleine Plasmomknötchen an der Oberfläche auftauchten.

Diese Beispiele, denen ich noch eine Reihe anderer anfügen könnte, lehrten mich schon nach den ersten Injektionen, daſs eine Resorption von lupösem Gewebe auch ganz ohne entzündliche Hyperämie stattfinden kann und zwar ebensowohl von lupösem Plasmom wie von lupösem Fibrom. Dann haben wir aber die Provokation einer entzündlichen Hyperämie überhaupt nicht nötig und können uns von vornherein auf eine für den Patienten viel angenehmere Behandlung refracta dosi beschränken.

Ich bin deshalb auch in allen diesen 12 alten Lupusfällen, sowie die Resorption der sklerotischen Partieen eingeleitet war, zu kleinen Dosen (0,003—0,006) zurückgegangen, ohne daſs der nützliche, resorbierende Effekt der Injektionen weiterhin ausblieb. In den 5 frischen Lupusfällen habe ich dann überhaupt nur noch refracta dosi behandelt und bin mit dem Resultat in Bezug auf die beiden genannten Folgeerscheinungen ebenso zufrieden wie vorher bei Gebrauch der gewöhnlichen großen Dosen.

Theoretisch müssen wir aus denselben Thatsachen die Folgerung ziehen, daſs die entzündliche Hyperämie loco affectionis auch erst eine Folgeerscheinung ist, welche einerseits eine gewisse Summe von in der Zeiteinheit zu Grunde gehendem lupösen Gewebe, andrerseits einen gewissen Grad von Tonusschwäche der nächstgelegenen Gefäße zur Voraussetzung hat. Ist die Quantität des zur Resorption gelangenden lupösen Materials in der Zeiteinheit zu gering oder sind die nächsten Gefäße weit entfernt und stark tonisch erregt, so kann die entzündliche Hyperämie, die positive Kochsche Reaktion ausbleiben, während die Resorption nichtsdestoweniger vor sich geht. Die erste Folge der Kochschen Injektionen ist daher eine Veränderung am lupösen Gewebe selbst,

über deren Charakter ich in meinem letzten Vortrage einige Mitteilungen mir zu machen erlaubte.

Nach diesen Erfahrungen war mir das Resultat der Behandlung des tuberkulösen Ekzems mit Tuberkulin auch verständlich, ja selbstverständlich. Alle konkomitierenden, oberflächlichen, tuberkulösen Katarrhe, die Conjunctivitis, Keratitis, Rhinitis und das Ekzem zeigten nur die „negative Reaktion" im oben besprochenen Sinne, ein Abblassen, Abschwellen, Eintrocknen, an der Conjunctiva verbunden mit einer auffallend raschen Besserung der Photophobie[4]. Allerdings wandte ich bei den betreffenden Patienten nur die kleinsten Dosen von 0,001 angefangen an. Nur an der Kornealgrenze schossen mehrmals unmittelbar nach den Injektionen neue Phlyktaenen auf, um übrigens rasch wieder zu verschwinden. Nach dem bisher Besprochenen kann ich diese positive und am Auge natürlich nicht gleichgültige Reaktion ebenfalls nur als eine Folgeerscheinung der eingeleiteten Resorption auffassen.

In allen diesen Katarrhen und speciell beim tuberkulösen Ekzem ist eben nicht genug tuberkulöses Gewebe vorhanden, um mit einer entzündlichen Hyperämie zu antworten. Es kommt zu einfacher Resorption, einer anämischen Eintrocknung des Katarrhs. Aber das will ich gleich hinzuzufügen nicht unterlassen, dafs der definitive Heileffekt je nach dem besonderen Nährboden der Region ein sehr verschiedener ist. Wenn unter den Kochschen Injektionen ein tuberkulöses Ekzem der Oberlippe sofort und gleich radikal heilt, so will das bei dem schlechten Nährboden, den die Haut liefert, und der Leichtigkeit, mit welcher dieser Katarrh (durch ZnO-HgO-Salbenmull) auch sonst heilbar ist, nicht viel bedeuten. An den Schleimhäuten des Auges und der Nase dagegen, wo der Tuberkelbacillus, an der Oberfläche haftend, viel günstigere Bedingungen vorfindet, habe ich eine Radikalheilung in den betreffenden 6 Fällen nicht eintreten sehen. Mit dem Schwund des geringen tuberkulösen Gewebematerials war die Wirkung der Injektionen vorbei. Immerhin gewährt die günstige Anfangswirkung, besonders die konstante Herabsetzung der Photophobie Zeit und Gelegenheit, dem bleibenden, giftigen Keime mit den sonst erprobten Mitteln energisch zu Leibe zu gehen; für diese Katarrhe der Schleimhäute kann das Tuberkulin nur als ein recht brauchbares Adjuvans gelten.

Nach diesen thatsächlichen Mitteilungen erlauben Sie mir vielleicht die Einschiebung einer rein meritorischen Bemerkung. Ich persönlich halte die besprochene, begrenzte Einwirkung des Tuberkulins auf das

---

[4] Schon nach den ersten 2 bis 3 Injektionen öffneten die Kinder spontan die Augen; ich habe eine so rasche Besserung dieses lästigen Symptoms bisher bei keiner anderen Behandlung gesehen.

lupöse Fibrom für einen garnicht hoch genug zu schätzenden therapeutischen Gewinn.

Das weiche, kollagenfreie Plasmom des Lupus zu zerstören, dazu besitzen wir geradezu unzählige mechanische und chemische und auch ausreichende Mittel. Dagegen war die Entfernung der sklerotischen lupösen Neubildung bisher eine der undankbarsten therapeutischen Aufgaben. Und doch ist diese gerade eine der wichtigsten; denn nicht nur verbergen sich innerhalb derselben noch echte Plasmomknötchen, nicht nur stellt dieselbe wenn auch keine infektiöse, so doch eine durch Infektion entstandene, pathologische Geschwulst dar, sondern — und das ist praktisch die Hauptsache — sie führt zu all jenen Verunstaltungen der Oberfläche, dem Ektropium der Lippen und der Augenlider, dem Schlufs der Nasenlöcher, der unförmlichen Auftreibung von Nase, Wangen und Ohren, welche die armen Besitzer nach den meisten Behandlungsmethoden bisher auf Lebenszeit entstellt haben. Diese Entstellungen werden sich in Zukunft durch die Kochschen Injektionen auf ein Minimum reduzieren lassen; die Kochsche Behandlung hat in erster Linie ein höchst befriedigendes kosmetisches Resultat und zwar durch ihren specifischen, resorbierenden Einflufs auf das lupöse Fibrom.

Von dieser richtigen Wertschätzung des Haupteffektes (und leider auch des Endeffektes) der Kochschen Behandlung hat die meisten bisherigen Beobachter die Überschätzung eines in meinen Augen unwesentlichen Symptoms, der konsekutiven entzündlichen Hyperämie abgehalten. Dieser kollateralen Reaktion kommt nicht der therapeutische Wert zu, den man ihr allgemein zuschrieb. Aber sie war es allerdings, dem die Kochsche Behandlung ihren phänomenalen Triumph verdankte. Man denke sich einmal, dafs die ersten Beobachtungen solche mit günstiger, aber „negativer" Reaktion gewesen wäre. Dann hätte das Kochsche Mittel nicht anders gewirkt wie etwa Quecksilber in jeder Form specifisch auslesend und resorbierend auf irgendwo im Körper befindliche Syphilome; niemand hätte in ihm ein neues Prinzip der Behandlung gefunden, aufser dafs das Heilmittel vom Giftträger selber herstammte. Aber die kolossale Reaktion in der Umgebung der Tuberkel, welche der rapiden Resorption nach grofsen Dosen eigentümlich ist, erschien als eine noch nie dagewesene, noch durch kein Heilmittel hervorgerufene Revolution am Orte der Affektion, schien zu den kühnsten Hoffnungen zu berechtigen und — war doch nur ein vermeidbarer Nebeneffekt, nur geeignet, die Aufmerksamkeit von der wirklich wertvollen aber allerdings bescheidenen Wirkung abzulenken.

Denn darin sind wohl jetzt alle erfahrenen Beobachter einig, von einem Radikaleffekt des Tuberkulins gegen Lupus kann

keine Rede sein. Ich habe lange Zeit gehofft, Koch möchte sich in der Hauptsache, in dem Mangel einer Einwirkung des Tuberkulins auf den Bacillus getäuscht haben. Aber er hat auch hierin, wenigstens für das Tuberkulin, wie es jetzt ist, recht gesehen. Es war für ihn als einen Nichtdermatologen sehr verzeihlich zu glauben, dafs er nichtsdestoweniger mittelst Tuberkulin allein Lupus heilen, dafs er die Tuberkelbacillen der Haut durch Immunicieren des ganzen Körpers gleichsam aushungern könne. Es ist aber eine dermatologischerseits nicht allzuseltene Erscheinung, dafs in scheinbar geheilten, Jahrzehnte lang symptomlos verlaufenen Lupusfällen plötzlich wieder neue Lupusknötchen auftauchen. So behandle ich zur Zeit eine Greisin, die vor 49 Jahren Lupus acquirierte, inzwischen 37 Jahre vollkommen gesund schien und jetzt erst wieder in der Narbe ein vereinzeltes Lupusknötchen aufzuweisen hat, und einen alten Herrn, der als Kind eine linksseitige tuberkulöse Augenaffektion mit einem linksseitigen „Schnupfen" durchmachte und bei dem jetzt erst nach Jahrzehnten am linken Nasenloche unter erneuten Reizerscheinungen des Auges ein kleiner Lupusherd erschienen ist. Da in diesen Fällen wohl an neue Lupusinfektionen, die ja überhaupt bei alten Leuten zu den gröfsten Ausnahmen gehören, nicht gedacht werden kann, so beweisen sie, wie viele ähnliche, die ganz unglaubliche Tenacität der Tuberkelbacillen, wenn dieselben einmal auf einem für sie ungünstigen Boden durch einige homogenisierte Körperzellen eingemauert, zur Ruhe gekommen sind. Die wenigen Bacillen im Lupus werden also durch die Kochschen Injektionen, ohne selbst angegriffen zu werden, nur von ihrer Plasmom- und Fibromumhüllung befreit und auch dieses nur bis zu einer gewissen Grenze. Die histologischen Untersuchungen von Kromayer, Riehl, Schimmelbusch, Doutrelepont u. A. haben übereinstimmend gezeigt, dafs die „Tuberkel" nach wie vor im Gewebe geblieben waren. Die Tuberkel dieser Autoren sind nach meiner Auffassung die homogenisierten nächsten Umgebungen der Bacillen.

Dafs die Menge der mehr nach aufsen gelegenen Plasmazellen dagegen erheblich abnimmt, davon habe ich mich an excidierten Stücken überzeugen können. Es ist ja auch begreiflich, dafs auf die unter dem direkten Einflufs des Bacillus stehenden Zellen das Tuberkulin weniger Einflufs ausübt, als auf die schwächer betroffenen Plasmazellen. Auch die Überschwemmung mit Lymphe und Wanderzellen direkt nach der Injektion ändert an dieser Sachlage insofern nichts, als die homogenisierten Herde auch diesen Ansturm ruhig ertragen. Nachdem die in ihnen stecken gebliebenen Wanderzellen zu Grunde gegangen sind, nehmen sie ganz dasselbe Aussehen wieder an wie vorher. Insofern allerdings würde die Überschwemmung mit Lymphe nützen können, als dadurch die Bacillen aus den homogenisierten Herden heraus und nach aufsen geschwemmt werden könnten.

Ich habe deshalb Herrn Dr. Berliner (Aachen), im vorigen Jahre Assistenzarzt meiner Klinik, veranlafst, in 6 Fällen das durch die Krusten sickernde und nach Abhebung der Krusten sich sammelnde Sekret auf Tuberkelbacillen zu untersuchen. Derselbe bediente sich der vorzüglichen Czaplewskischen Methode, konnte aber in 45 sorgfältig untersuchten Präparaten keinen einzigen Tuberkelbacillus konstatieren. Derartige Untersuchungen sind seither von anderen mit, wie es heifst, positivem Erfolge angestellt. Ich vermisse jedoch in den Berichten den genauen Nachweis der Tuberkelbacillennatur der gefundenen Stäbchen und erlaube mir solange einigen Zweifel zu hegen, dafs es jemand bisher geglückt ist, aus dem Lupus durch Tuberkulin ausgeschwemmte Tuberkelbacillen nachzuweisen.

Würde dieser Nachweis mit allen Kautelen (z. B. gegen Smegmabacillen) geführt, dann allerdings würde umgekehrt unser Bestreben sein müssen, eine profuse Sekretion durch Tuberkulin zu veranlassen. Im Anfange habe ich das auch durch gleichzeitige Applikation von Guttaperchapapier, Salicylpflastermull etc. zuwege gebracht, ohne am unzureichenden Endeffekt etwas zu ändern. Dieser ist in meinen 4—5 Monate lang beobachteten ersten 12 Fällen stets derselbe gewesen, ein sehr rasches Recidiv an fast allen schon für geheilt gehaltenen Stellen. Ich habe sogar den Eindruck gewonnen, dafs die Recidive nach der Kochschen Methode im allgemeinen rascher und sicherer auftreten als nach den früher benutzten Behandlungsweisen (Salicylkreosotpflastermulle, Sublimatstift, Mikrobrenner etc.). Sollte sich diese Erfahrung auch unter den Augen anderer Kollegen allgemeiner bewahrheiten, so müfste man wohl annehmen, dafs wir durch Hinwegräumung des indifferenten Walles von Plasmomzellen die Bacillen in die günstigste Lage versetzen, von neuem sich einen solchen Wall zu erbauen, von neuem Lupusgewebe zu produzieren. Davor aber glaube ich andererseits die Kochsche Methode in Schutz nehmen zu müssen, dafs sie zur Verschleppung der Bacillen in die Nachbarschaft führe. Ein derartiges Vorkommnis habe ich trotz aller Recidive nirgends zu konstatieren gehabt. Stets safsen die neuen, sehr kleinen Knötchen gerade im Centrum der alten Lupusstellen, so dafs ich immer wieder den Eindruck erhielt, dafs die Resorption sich stets bis dicht an das Centrum der Infektion heran erstreckt habe. Würde allerdings eine Verschleppung sicher mit Umgehung der naheliegenden Fehlerquellen konstatiert, so wäre auch die Ausschwemmung nach aufsen sicher möglich. Aber bisher habe ich weder für das eine noch das andere einen Beweis gefunden und halte beides für sehr unwahrscheinlich. Ein nur centrales Recidivieren des Lupus ist aber stets ein grofser Vorteil. Die Kochsche Methode teilt denselben mit denjenigen äufseren chemischen Mitteln, welche keine diffuse Entzündung der Haut setzen, hauptsächlich mit

der Salicylkreosotpflastermullbehandlung im Gegensatz zu den sehr häufig excentrisch auftretenden Recidiven nach dem Auskratzen, Skarifizieren, bei der Pyrogallolbehandlung etc. Die centralen Recidive sind bei gehöriger Beobachtung des Patienten kaum als ein grofser Nachteil zu betrachten, nur mufs man dann nicht warten, bis die Knötchen heranwachsen. Ein einziges Absuchen dieser Recidive, so lange sie noch senfkorngrofs und kleiner sind, mit dem Mikrokauter vernichtet sie alle auf einmal, ohne dafs man nun wieder Recidive zu befürchten hätte, da jetzt im Gegensatz zum sonstigen willkürlichen Kauterisieren lediglich die Centren der Affektion getroffen werden können.

Will man also den Lupus mit der Kochschen Methode behandeln, so gebe man zuerst solche Dosen, dafs eine Resorption der groben Massen eingeleitet wird. Man beschleunige nach erfolgter Reaktion die Abstofsung der Krusten und die Resorption des Plasmoms durch tägliches Aufpinseln von Zinkleim nach einer Abwaschung mit warmem Seifenwasser. Ist die Resorption im Gange, so kann man ruhig kleinere Dosen weiter geben und wird dabei die Resorption noch immer weiter gehen sehen, bis an vielen Stellen Heilung eingetreten scheint, andere kleinere Stellen sich aber refraktär erweisen. Dann verliere man nicht viele Zeit mit Erhöhung der Dosen, welche die Patienten nur herunterbringen und ihre Geduld erschöpfen, sondern behandle diese Stellen lokal mit anderen Lupusmitteln und beobachte unterdessen die scheinbar geheilten Partieen, um die kleinsten neu aufschiefsenden Pünktchen sofort zu mikrokauterisieren. Eine lange nachträgliche Beobachtung der Fälle ist bei der Kochschen Behandlung ebenso nötig wie bei allen anderen. Eine vorhergehende Zerstörung des Lupus im groben vor der Kochschen Behandlung hat keinen grofsen Wert, da darin ja eben die Hauptwirkung des Tuberkulins besteht. Direkt warnen mufs ich aber vor einer vorhergehenden Auskratzung; es könnten dann die sicher kommenden Recidive excentrisch auftreten, was sie nach Tuberkulinbehandlung allein nicht thun. Will man vorher eingreifen, so appliziere man den Salicylkreosotpflastermull oder eine der unten noch zu besprechenden neueren chemischen Mittel.

In dieser Weise ist die Kochsche Behandlung noch am meisten indiziert:

1. bei sehr ausgedehnten, multiplen Lupusherden, weil bei diesen mit einem Schlage viel durch die Methode gewonnen werden kann und alle äufseren Behandlungsmethoden dieser Fälle vieles Mifsliche haben;

2. bei allen Formen des lupösen Fibroms, besonders solcher mit Ektropien der Augen und Lippen, Verschlufs der Nasenlöcher, Kontrakturen der Gelenke etc.;

3. beim Lupus des Gehörganges und des äufseren Ohres, da dieser den bisherigen Mitteln am wenigsten zugängig ist;

4. überall dort, wo es auf sichere Unterscheidung des lupösen Fibroms von der definitiven Narbe oder auf die Erkennung von Plasmomknötchen in Narben ankommt.

In diesen Fällen, m. H., möchte ich nicht auf die Kochsche Behandlung verzichten, wenigstens nicht solange, bis wir eine noch wirksamere und noch mildere allgemeine Behandlung an die Stelle zu setzen haben. Bis dahin muſs es unser Bestreben sein, die Kochsche Behandlung des Lupus richtig zu ergänzen. In dieser Beziehung erlauben Sie mir vielleicht noch einige Worte. Ich möchte eine kurze Mitteilung anfügen über eine Reihe neuerer Mittel, deren Auffindung dem Bestreben zu verdanken ist, die kleinen nach der Kochschen Methode unausbleiblich wiederkehrenden Recidive rasch und ohne Operation zu beseitigen.

Zunächst handelte es sich darum, diese allerkleinsten Knötchen trotz etwaiger Schuppen und trotz tieferer Lage im Corium zu erkennen. Da ein einfaches Einschmieren mit einem beliebigen Fette schon viel in dieser Richtung hilft, so ging ich einen Schritt weiter und rieb die verdächtigen Hautstellen mit solchen Mitteln ein[5], die wir in der Histologie zum Aufhellen brauchen. Und unter diesen bevorzugte ich zwei: Anilinöl und Nelkenöl deshalb, weil sie am meisten Wasser aufzunehmen imstande sind, also nicht blofs in die Hornschicht, sondern in das feuchte Epithel und in die Cutis eindringen können.

An diese reihten sich dann noch mehrere Phenole, weil diese aufser ihrer grofsen antiseptischen Wirksamkeit in koncentrierter Form ebenfalls „aufhellen", resp. fettige und feuchte Substanzen gleich gut zu durchdringen imstande sind, endlich Kreosote, das Lysol und der Kampfer.

Die vielen kleinen recidivierenden Lupusknötchen in 6 sehr ausgebreiteten Fällen gaben ausreichende Gelegenheit alle diese Stoffe teils am selben Individuum, teils an verschiedenen nebeneinander in bezug auf ihr Verhalten zum Lupus zu prüfen und zu vergleichen. Auch hatte ich Gelegenheit, Knötchen, die mit diesen Substanzen behandelt waren, nachträglich zu exstirpieren und zu untersuchen.

Ich teile diese Stoffe, da keiner von ihnen ganz unwirksam auf Lupus war, zunächst in 2 Gruppen, je nachdem ihre Applikation mit Schmerzen verbunden ist oder schmerzlos verläuft, für die ambulante Lupusbehandlung die geradezu wichtigste Frage.

A. Schmerzhaft wirkende Substanzen.

1. Acid. carbolicum liquefactum. Die reine Karbolsäure als einfache Aufpinselung ist ein lupusheilendes Mittel ersten Ranges. Im

[5] Stets mittelst eines aus Schwefelholz und Watte improvisierten Wischers.

Moment der Aufpinselung macht es die Haut so durchsichtig, dafs man auch die kleinsten Knötchen entdeckt. Alsbald beginnt ein ziemlich heftiger Schmerz, der nach sehr kurzer Zeit völlig sistiert. Unterdessen gerinnen die albuminoiden Stoffe der Hornschicht zu einer weifslichen Membran, ähnlich wie unter Salicylsäure. Dieselbe bleibt aber dünner und haftet fester. Sie gestattet an den nächsten Tagen weit weniger schmerzhafte Einpinselungen. Läfst man nach 2—4 Applikationen die dicker gewordene Hornmembran sich abstofsen, so findet man darunter eine so auffallende Besserung des Lupus wie nur je nach einem Cyklus der Kochschen Injektionen und ohne alle entzündliche Erscheinungen. Bei ausgebreiteten Flächen, die auf einmal angepinselt werden sollen, ist wohl örtliche oder allgemeine Narkose notwendig, vor allem aber Vorsicht wegen etwaiger Karbolintoxication, besonders bei Kindern. Stets behandle man das erste mal nur kleine Stellen und bedecke dieselben niemals nach der Applikation mit undurchlässigen Stoffen, achte auf den Harn u. s. f.

2. Ortho-, Meta- und Parakresole verschiedener Herkunft zeigten in Substanz dieselbe Wirkung wie die koncentrierte Karbolsäure, aber keine Vorteile vor derselben. Der Schmerz beginnt etwas später, dauert dafür aber desto länger. Ich kann sie nicht besonders empfehlen.

3. Steinkohlentheerkreosot wirkt den genannten Phenolen, an denen es reich ist, sehr ähnlich. Auch die aufhellende und die heilende Wirkung ist vergleichbar, der Schmerz ebenso bedeutend. Er mag unter Umständen als billigeres Substitut der reinen Karbolsäure gelten.

4. Buchenholztheerkreosot. Die schmerzlindernde Wirkung, die diese Substanz (und Guajakol) in den Salicylkreosotpflastermullen langsam, dann aber auf die Dauer herbeiführt, kommt bei der Ätzung nicht zur Geltung. Immerhin ist der Schmerz unbedeutender als bei den Phenolen. Die aufhellende Wirkung ist ebenso vorhanden, aber die Abflachung und definitive Ausheilung der Lupusknötchen kommt langsamer und nicht so gründlich zustande. Als ein ungefährlicheres Mittel kann man diese Substanz den Patienten zu wiederholten, nicht sehr schmerzhaften Ätzungen etwa zum Zwecke der Nachbehandlung selbst in die Hand geben.

B. Schmerzlos wirkende Substanzen.

1. Anilinöl. Diese jetzt in der Histologie so viel verwendete Substanz ist auch in der Lupustherapie mit Nutzen zu gebrauchen, hauptsächlich zur vollendeten Durchsichtigmachung von Lupusflächen. Hier tritt keine nachträgliche undurchsichtig machende Gerinnung ein; man kann deshalb in aller Ruhe jedes sichtbar gewordene Knötchen auch noch längere Zeit nachher, z. B. mit dem Mikrobrenner einzeln behandeln. Zudem ist es bei der Applikation völlig schmerzlos und als Vehikel für

die Phenole, macht es die Applikation dieser Substanzen schon als relativ geringer Zusatz ebenfalls schmerzlos. Man kann bekanntlich auch durch einen Zusatz von 20—30 % Öl zur koncentrierten Karbolsäure deren Ätzung und Schmerzhaftigkeit aufheben; damit verhindert man aber auch das tiefere Eindringen und die lupustötende Wirkung der Karbolsäure zum grofsen Teile. Bei der Mischung von 2 Teilen Karbolsäure zu einem Teil Anilinöl bleibt dagegen die Tiefenwirkung der Karbolsäure erhalten, da Anilin auch wasserhaltige Gewebe zu durchdringen vermag. Aus demselben Grunde ist es sogar ein lupustötendes Mittel, wenn man es in genügender Menge appliziert, z. B. als einen mit Guttaperchapapier bedeckten, mit Anilin getränkten Wattebausch. Aber ich kann es nicht zur Heilung des Lupus empfehlen, da es in dieser Form angewandt eine zu giftige Substanz ist. Es kommt bei solcher Applikation zu einer völligen Stase in der Haut, die an einzelnen Stellen in Nekrose übergehen kann. Bei rechtzeitiger Unterbrechung zeigt sich die Haut graublau, cyanotisch, ganz eingesunken, die Lupusknötchen abgeflacht oder verschwunden. Aber es treten dann stets schon Zeichen allgemeiner Intoxikation genau wie bei einer Phenol- oder Pyrogallolvergiftung ein, selbst von ganz kleinen Hautstellen aus[6]. Anilin ist ein reduzierendes Mittel ersten Ranges wie Pyrogallol, aber diesem an Penetrationskraft noch überlegen.

Ich kann hiernach das Anilin nur als schmerzlindernden Zusatz derjenigen Ätzmittel empfehlen, welche nicht mit undurchlässigen Stoffen bedeckt werden und zwar besonders im Gesicht, da es die nach den Ätzungen hier besonders gern auftretenden Hyperämieen mildert.

2. Nelkenöl. Das Nelkenöl teilt mit dem Anilin die aufhellende und bis auf einen gewissen Grad auch die Penetrationskraft, verhält sich aber sonst in fast allen Rücksichten von demselben diametral verschieden. Es ist ein relativ oder ganz unschuldiges Mittel[7], kann daher in bedeckten Wattebäuschchen appliziert werden und läfst alsbald jedes einzelne Lupusknötchen über die Oberfläche anschwellen. Schon am zweiten Tage verfärben sich dieselben gelb, erhalten sodann einen tiefgelbbraunen Rand, der etwas in das Gesunde übergreift und vereitern schliefslich unter Zusammenbrechen des lupösen Gewebes. Es ist die einzige, schmerzlose Vereiterung der Lupusknötchen, die ich bisher kennen gelernt habe. Da allmählich auch die gesunde Nachbarschaft von dem Nelkenöl angegriffen wird, so thut man gut, die Applikation nicht weiter fortzusetzen und die Abheilung der Stellen mit andern Mitteln, besonders mit dem gleich zu

[6] Bei allen Intoxikationen durch phenolartige Körper gebe man sofort grofse Mengen verdünnter Salzsäure (oder Schwefelsäure) neben Champagner.

[7] Ob bei intensiverem und besonders extensiverem Gebrauch das Nelkenöl wirklich ganz unschuldig ist, vermag ich noch nicht zu sagen und möchte die Pharmakologen auffordern, sich dieser praktisch wichtigen Frage anzunehmen.

besprechenden Kampfer vorzunehmen. Wegen seiner Nichtgiftigkeit habe ich auch Pflastermulle von Nelkenöl zum Zwecke der Vereiterung kleiner Lupusknötchen anfertigen lassen. Ich empfehle mithin das Nelkenöl teils zur selbständigen Anfangsbehandlung des Lupus in starker Form (Umschläge mit Bedeckung, Pflastermull), teils als schmerzlindernden Zusatz zu den Phenolen überall dort, wo sich der Zusatz von Anilinöl verbietet, besonders aber an den Extremitäten, weil uns hier im Gegensatz zum Gesicht eine stärkere Anschwellung und Hyperämie der Knötchen oft erwünscht ist.

3. Lysol habe ich als Typus der saponifizierten und dadurch schmerzloser gemachten Phenole, bis jetzt aber nur als Pflastermull versucht. Die Applikation ist nicht völlig schmerzlos, aber doch nur sehr wenig schmerzhaft. Im Gegensatz zu den Salicylpflastermullen bildet sich hier nur ein ganz feines weifses, abgestorbenes Häutchen, welches nach 24 Stunden mit dem Pflaster abgehoben wird. Dadurch ist die Haut unter dem Pflaster stets rein, wie poliert; man sieht jedes Knötchen ausgezeichnet und diese verkleinern sich langsam. Jedenfalls verdient das Lysol noch eine eingehende Prüfung auch in anderen Formen.

Hiermit ist die Reihe der von mir diagnostisch und kurativ zugleich verwandten Lupusmittel erschöpft. Der Kampfer, den ich, aufmerksam gemacht durch die günstige Wirkung des Kampfersalbenmulls bei ulzeriertem Lupus, rein in Substanz, mit Nelkenöl zur Paste verrieben, in Form von Salbenmull und in Verbindung mit Chloral versucht habe, besitzt aber auch für die Lupustherapie verwertbare gute Eigenschaften. Es verhütet und beseitigt die Entzündung, reinigt die durch andere Mittel zum Zerfall gebrachten Knötchen, wirkt ungemein stark keratoplastisch, ist nicht blofs selbst schmerzlos, sondern hat schmerzstillende Eigenschaften, besonders auch der Chloralkampfer, und scheint endlich in koncentrierter Form eine direkt lupustötende Wirkung zu entfalten. Doch kann ich mich über den letzten Punkt wegen der Kürze der Beobachtungszeit noch nicht sicher aussprechen. Nach der Applikation von Phenolen oder Nelkenöl eignet sich der Kampfer vorzüglich zur Nachbehandlung.

Diese Versuche über eine Reihe von Phenolen, ätherischen Ölen und nahestehenden Substanzen, die geeignet sind, zugleich Lupusknötchen aufzudecken und zu heilen, hat mithin das Ergebnis, dafs wir in der reinen Karbolsäure und den Kreosoten allerdings momentan schmerzhafte aber sehr brauchbare Mittel zur Ätzung der Lupusknötchen, im Anilinöl und Nelkenöl einerseits geeignete und die Schmerzlosigkeit jener vermittelnde Verdünnungsmittel, andererseits den Lupus selbst eigenartig beeinflussende Substanzen und im Kampfer und Lysol wertvolle Adjuvantien der Lupusbehandlung wenn nicht noch mehr besitzen. Soviel kann ich heute schon

mit Bestimmtheit aussagen, dafs Flächenätzungen mit koncentrierten Phenolen den Lupus rascher und radikaler heilen als die beliebten Auskratzungen und daher vor diesen jedenfalls weitaus den Vorzug verdienen.

Besprechungen.

Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten in Krankenkassen und Heilanstalten, von Blaschko. Berlin. 1890. Fischers med. Buchhandl. Wir möchten die Lektüre dieses anregenden und exakt geschriebenen Werkchens vor allem den Ärzten, speziell den Kassenärzten, Hygienikern und Syphilidologen empfehlen. Da V. aber, um seinen Standpunkt mit Erfolg zu vertreten, vor allem diesen den Krankenkassenvorständen, Behörden, Krankenhausverwaltungen, Parlamentariern, Arbeitern klar machen mufs, so findet sich naturgemäfs einiges dem Fachmann Selbstverständliche, ohne indefs bei der Lektüre irgendwie zu stören, da jeder diese beiläufigen Notizen, durch kleineren Druck gekennzeichnet, ohne weiteres überschlagen kann.

V. wendet sich zunächst dagegen, dafs die meisten Kassen solche Patienten, die sich ihr Leiden durch Trunksucht und geschlechtliche Ausschweifungen etc. zugezogen haben, von der Unterstützung ausschliefsen, bezw. nur freien Arzt und Arznei gewähren, indem er ausführt, dafs durch „geschlechtliche Ausschweifungen" wohl nervöse Affektionen (Neurasthenie, Spinalirritation, Impotenz etc.) zugezogen werden (die aber Unterstützung durch die Kassen finden), während es sich bei venerischen Erkrankungen doch meist um ein Malheur, höchstens um Fahrlässigkeit handele, die aber nicht schlimmer sei, als eine solche, welche das Zustandekommen von Erysipel oder Bartflechte hervorrufe. Der aufsereheliche Beischlaf sei lange nicht die Quelle aller venerischen Infektionen, und dann komme es überhaupt den Kassen nicht zu, die Kranken für diesen Fehltritt zu strafen, da sie keine moralische, sondern hygienische Institute seien, die die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit ihrer Mitglieder möglichst schnell, mit möglichst geringem Kostenaufwand herstellen sollen. Und billiger wird es ihnen entschieden, da die Patienten so, zum Kurfuscher getrieben, ihre Syphilis z. B. verschleppen, und dann später der Kasse die Kosten der langwierigen Behandlung tertiärer Syphilisprodukte zufallen. Die Kassen haben aber auch ein Interesse an der öffentlichen Gesundheitspflege, das sie veranlassen sollte, Syphilitiker obligatorisch in Heilanstalten heilen zu lassen, und von diesem Zwang nur auf Grund ärztlicher Erlaubnis abzugehen, da dadurch eine Menge Infektionsquellen für Syphilis verstopft werden. Die Gesellschaft hat das Recht diesen Zwang auszuüben, und zwar bei der weiten Verbreitung der Syphilis eigentlich viel mehr, als wenn gegen die Verbreitung von Cholera, Pocken etc. Mafsregeln ergriffen werden. V. weist statistisch nach, dafs in Dänemark und Berlin 12 % aller Einwohner an Syphilis erkrankt sind. Verf. wendet sich dann gegen den Zwang einer häufig wiederholten ärztlichen Untersuchung als einen Eingriff in die heiligsten, individuellen Rechte, der wohl bei der Armee, bei der Marine am Platze sei. Sodann plaidiert er für die Zulassung von Privatheilanstalten, um das persönliche Schamgefühl zu schonen, und aus demselben Grund gegen die Errichtung von Spezialkrankenhäuser. Endlich sollen die Kassen die Unterstützungszeit für eine chronische Krankheit, wie die Syphilis es ist, auf mindestens 26 Wochen erhöhen und die aus der Anstalt Entlassenen noch längere Zeit durch Ärzte kontrollieren lassen. Sehr nützlich ist die Belehrung der Kassen-

mitglieder über Natur der Geschlechtskrankheiten und hat Verf. ein kleines Schriftchen im Anhang beigefügt, das er den Kassenbüchern anzuheften empfiehlt. Endlich empfiehlt V. eine genaue Statistik über Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten in den Kassen. *Hahn-Bremen.*

Der Jahresbericht der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis in der k. k. Krankenanstalt Rudolf-Stiftung für 1889, von Mračeк, bringt nach einer Einleitung über die Geschichte der Anstalt die summarische Übersicht der behandelten Fälle und beschreibt den allgemeinen Modus der Behandlung. In der nun folgenden speziellen Kasuistik ist unter den Todesfällen nichts besonders zu erwähnen. Dann folgen einige klinisch besonders erwähnenswerte Fälle: Herpes tonsurans universalis (mit Polyarthritis rheum. kompliziert), der als Impetigo universalis geführt wird, Scabies norwegica, sodann Lupus erythematodes disseminatus, der durch einen dazutretenden universellen Herpes tonsurans z. T. verdeckt wurde. Bei dem Pemphigus vulgaris mit Erythem ist erwähnenswert, dafs Bruder und Schwester des Patienten dasselbe Leiden hatten. Von syphilitischen Erkrankungen ein Primäraffekt an der Vaginalportion, eine gummöse Syphilis mit haemorrhagischer Diathese und ein als Lues hereditaria tarda aufzufassender Fall, der zu Phthise beider Bulbi geführt hatte. Den Schlufs bildet ein Vortrag über Lymphgefäfserkrankung und induratives Oedem; es wird unterschieden zwischen einfach entzündlicher Lymphangitis mit und ohne Abscefsbildung und strangförmiger (sklerosierender Lang) mit knotigen Anschwellungen. Das Oedema indurativum, vorwiegend bei Weibern vorkommend, wird als Mischinfektion aufgefafst.
Hahn-Bremen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Bakteriologie.

Unsere heutige Kenntnis von den pathogenen Protozoën, von L. Pfeiffer. (*Centralbl. f. Bakter. u. Parasitenk.* 1890. Bd. VIII. No. 24.) In diesem Artikel gibt P. eine kurze Zusammenfassung der schon vorhandenen Einzelbeobachtungen, der Anknüpfungspunkte, welche für die Krankheitsätiologie in der Lebensgeschichte der Protozoën liegen, und Andeutungen für die noch zu ergründenden Fragen. Einzelheiten sind im Originalartikel nachzulesen. Ref. möchte hier nur auf eine Bemerkung P.s näher eingehen. P. hat seit 1887 Protozoënschmarotzer im Exsudat von Variola-, Vaccine-, Herpes-, Ovine-, Varicella- und Pemphigusbläschen beschrieben, welche sich durch Amoeboidbewegungen auszeichnen. „Diese Körperchen geben eine ausgezeichnete Weigertsche Fibrinreaktion, müfsten also eigentlich fibrinoid entartete Epithelabkömmlinge sein. Wie damit die amöboide Bewegung, sogar mit nachfolgendem Überfliefsen des Kernes in das vorgeschobene Protoplasma, sich vereinigt, dafür hat Verf. keine Erklärung.“ Von dem Vorhandensein der Fibrinreaktion hat sich Ref. bei Pemphigus vulgaris und Herpes zoster des öfteren überzeugt und diese Gebilde als Abkömmlinge von weifsen Blutzellen oder Epithelien leicht deuten können.

Was die Amöboidbewegungen dieser Gebilde anlangt, so hat es damit eine eigene Bewandtnis. Die den früheren Publikationen P.s beigefügten Abbildungen und Erklärungen lassen nämlich ganz gut die Annahme zu, dafs hier überhaupt keine Amoeboidbewegung vorhanden ist, sondern Bildung von Vakuolen, wie sie unter

Verhältnissen, wie die der Untersuchung der Protozoën (heizbarer Objekttisch, flüssiges Medium) leicht als Kunstprodukt auftreten und vom Ref. in einem im Vereine mit S. Pollak publizierten Artikel: Über die Entstehung der homogenen Harncylinder etc. (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmak.* Bd. XXV) des eingehenden beschrieben wurden. Die scheinbaren „Pseudopodien" haben mit den Vakuolen noch das gemeinsam, dafs sie sich von dem Zellkörper loslösen und dann als blasse Kugeln in der Untersuchungsflüssigkeit herumschwimmen. Ähnliche blasse Gebilde findet man zuweilen auch in den Schnitten der Bläschen. Sie sind dann das Produkt der Aufquellung der Epithelien und der weifsen Blutzellen im Serum der Blasen. *Török-Paris.*

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Bakteriologische Untersuchungen über das Methylviolett, von Carl Loss. (Bonn, 1890. Dissert.) Verf. prüfte auf Veranlassung von Finkler die antibakterielle Kraft des Methylvioletts und des Pyoktanin, und kam teilweise zu anderen Schlüssen als Stilling. Er stellte seine Versuche mit Milzbrandbacillen, Staphylokokken und Streptokokken an, und fand, dafs Lösungen von 1 : 50000 das Wachstum bei genügend langer Einwirkung verlangsamten, solche von 1 : 10000 es aufhoben, dafs aber eine Koncentration von 1 : 100 die Entwicklung nach Einwirkung von 3 Minuten nicht aufhob. Im Mittel genügte eine 4stündige Einwirkung einer 1‰ Lösung, um die Bakterien absolut zu töten. Wurden die Kulturen bei 36° im Brütofen gehalten (statt wie bei den ersten Versuchen bei 22°), so gingen sämtliche Röhrchen an. Verf. schliefst also, dafs die antibakterielle Kraft des Methylvioletts unabhängig ist von der Koncentration der Lösung (zwischen 1 : 100 und 1 : 1000), dagegen abhängt von der Dauer der Einwirkung und dafs mit steigender Temperatur bis 36° die Entwicklungsfähigkeit der mit Methylviolett behandelten Bakterien eine stärkere wird.

Hahn-Bremen.

Über Heilwirkung der Stoffwechselprodukte von Tuberkelbacillen. Vortrag, gehalten im Verein deutscher Ärzte in Prag, von Scholl. (*Intern. klin. Rundschau.* 1891. No. 7.) V. glaubte auf Grund früherer Arbeiten, aus denen man wufste, dafs bei chronischen Krankheiten Schutzlymphen als Heillymphen angewandt werden können, und dafs diese Lymphen aus Stoffwechselprodukten gebildet werden, annehmen zu dürfen, dafs auch Kochsche Lymphe die reine Lösung eines Stoffwechselproduktes der T. B. darstelle. Er analysierte sie daher, und fand, dafs sie Pepton, Hemialbumosen, Wasser, Glycerin und Salze enthalte. Dann legte er Kulturen von T. B. in Glycerinfleischpeptonlösungen an, pipetierte nach 4—5 Wochen von den zu Boden gesunkenen Bakterien die Nährlösung ab, sterilisierte, filtrierte und dampfte ein: so erhielt er eine braune, grünlich fluorescierende Flüssigkeit, die karamelartig roch und dieselben chemischen Reaktionen wie Kochs Lymphe ergab. Eine zweite Flüssigkeit stellte er sich her, indem er Kulturen samt den Bacillen eindampfte, wobei die Bakterien durch das Glycerin extrahiert wurden. Mit beiden Lösungen stellte er Tierversuche an, und zwar bewirkten sie bei hochgradig tuberkulösen Tieren schon in geringen Dosen heftige fieberhafte Reaktionen, bei Tieren im Anfangsstadium der Erkrankung deutliche, aber schwächere Reaktion, während gesunde Tiere auch auf grofse Dosen so gut wie garnicht reagierten. Lokalisierte tuberkulöse Herde nahmen nach wenigen Injektionen an Umfang bedeutend ab, wobei an oberflächlichen Stellen deutliche Nekrotisierung zu beobachten war. *Hahn-Bremen.*

Über Bassorinpaste: eine neue Methode Hautkrankheiten zu behandeln, von George T. Elliot. (*Journ. of cut. and genito-urin. dis.* Febr. 1891.) V. glaubt, daſs die Unnaschen Pasten,[1] die mit Gelatine hergestellt werden, einige Mängel haben: erstens ist nicht immer ein gutes Präparat zu haben, zweitens erfordert die Applikation viel Zeit und Mühe, und drittens kann dieselbe nur durch den Arzt besorgt werden.

Durch Herrn Lascar in New-York wurde er nun veranlaſst, Versuche mit Pasten anzustellen, die mit oben genanntem Mittel angefertigt waren. Die genaue Zusammensetzung der Pasten gibt er nicht an, sondern sagt, daſs dies in nächster Zeit durch Herrn Lascar geschehen werde.

Bassorin gehört nach seiner Angabe zum pflanzlichen Gummi und wird von Bassora-Gummi Tragacanthae und anderen Gummiarten gewonnen; es ist geschmack-, geruch- und meist auch farblos. In kaltem Wasser unlöslich, schwillt es in heiſsem Wasser zu einer zähklebrigen Masse auf. Mit alkalischen Lösungen erhitzt wird es in ein in Wasser lösliches Gummi umgewandelt und mit Schwefelsäure behandelt, wird es zu nicht gährendem Zucker.

Nach einigen miſsglückten Versuchen gelang die Herstellung einer brauchbaren Paste und läſst V. fünf kurze Krankengeschichten von Fällen folgen, in denen die neue Methode zur Anwendung kam. Es waren dies Fälle von Ekzema papulo-vesicul., squam., seborrh., Psoriasis vulg., Syph. cut. gummos. An Medikamenten wurden entweder einzeln, oder kombiniert mittels dieser Paste folgende applicirt: Acid. boric., Zinc. oxyd., Aristol, Chloral, Camphor, Acid. pyrogall., Acid. salicyl., Ol. Rusci., Pix. liq., Hydrarg. ammon., Resorcin, Sulf. lactis., Magn. carbon. Der Erfolg war stets ein vorzüglicher und schlieſst V. aus seinen Versuchen Folgendes:

1. Bassorinpaste reizt die Haut nicht, da sie ganz neutral ist; sie wird nicht ranzig und kann lange Zeit in fest geschlossenen Gefäſsen aufbewahrt werden, wenn trocken geworden, läſst sie sich aber auch leicht mit etwas Wasser wieder flüssig und damit brauchbar machen.

2. Sie wird mit der Hand, oder mit einem Pinsel aufgetragen, trocknet in kurzer Zeit, haftet fest, ohne die Bewegungen des Patienten zu hemmen, beschmutzt die Wäsche nicht, ist leicht mit etwas warmem Wasser zu entfernen und kann beliebig lange sitzen bleiben.

3. Medikamente in Pulverform können in jedem Procentsatz zugesetzt werden; Theerpräparate, Ichthyol und ölige Substanzen in geringerem Procentsatz, doch stets für die betreffenden Fälle in genügender Höhe.

4. Die Wirkung der Medikamente, die in dieser Weise zur Anwendung kommen, ist jedenfalls eine ebenso gute, wie bei anderen Methoden, wenn nicht in vielen Fällen eine bessere.

5. Anzuwenden ist die Bassorinpaste in allen Fällen von akuten und chronischen Hautkrankheiten, abgesehen von stark nässenden, oder solchen, die durch ihre Lokalisation der Feuchtigkeit ausgesetzt sind, da in diesen Fällen die Paste gar nicht haftet, oder aber wieder aufgelöst wird.

Trotz dieser zugestandenen Gebrauchsbeschränkung der Paste glaubt V., daſs die Reizlosigkeit und Haltbarkeit derselben, die reinliche und leichte Applikation, die der Patient selbst besorgen kann, die Vielseitigkeit der in dieser Form anwendbaren Medikamente und die vorzügliche Heilwirkung der Methode ihr den Vorzug geben vor Linimenten, Salben, Collodium, oder Traumaticinverbänden und auch vor den Gelatinepasten. *Lehsen-Hannover.*

---

[1] Anmerk. d. Red. — Von Unnaschen Gelatinepasten ist uns nichts bekannt, glauben auch nicht, daſs sich Pasten aus Gelatine herstellen lassen. Vielleicht meint der V. die Unnaschen Leime?

Pharmakologie.

Zur Kenntnis des Lanolins, von Dr. Unna. (*Therap. Monatsh.* 1890.) Dafs das Lanolin sich äufserst nützlich in der Dermatotherapie erweisen würde, liefs sich schon a priori aus seiner Indifferenz und seiner bedeutenden Aufnahmefähigkeit für Wasser vermuten.

Verf. führte es zunächst in die Fabrikation seiner Pflastermulle ein und fand, dafs es nicht allein deren Klebekraft bedeutend erhöhte, sondern auch die Herstellung vieler besonders hochprozentiger Mulle in haltbarer Weise ermöglichte. Benutzt wurde stets Lanolinum anhydricum Liebreich, dem noch extra wieder 1 % Wasser entzogen wurde. Sodann ist durch das Lanolin den Kühlsalben ein weites Feld geöffnet, da Lanolin in Verbindung mit Glycerinfetten im Verhältnis 1 : 2 bis 70 % Wasser aufzunehmen imstande ist (Verf. schlägt für diese durch Wasser stark extendierten Salben den Namen „Rahmsalben" vor). Statt Wasser kann auch Aq. Calcis oder Liq. plumb. subacet. zugesetzt werden. Endlich ist Lanolin äufserst wertvoll als Vehikel für saure und salzhaltige Flüssigkeiten, die damit relativ stark prozentuiert angewendet werden können, vor allem schweflige Säure, Hydrogenium peroxydatum und Sol. calc. chlorat. *Hahn-Bremen.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Ein dem Leprabacillus ähnlicher Bacillus, der sich in Gewebskulturen von Lepra tuberculare entwickelte, von Prof. Campana. (*Riforma med.* 1891. No. 14.) Dieser Bacillus gleicht morphologisch ganz und gar dem der Lepra. Nach der Ehrlichschen Methode behandelt, nimmt er die Doppelfärbung nicht an. In zwei Fällen entwickelte sich der Bacillus in Kulturen von Agar-Agar und in Fleischpepton mit 3 % Traubenzucker. Dagegen entwickelte sich derselbe in keinem flüssigen Medium. Gewöhnlich beginnt er erst am 7. oder 9. Tage sich zu entwickeln. Auf Ratten eingeimpft, zeigt er sich nicht pathogen.

Der Verf. zieht aus seinen Beobachtungen nicht den Schlufs, dafs dieser Bacillus mit dem der Lepra identisch ist, sondern findet nur eine Ähnlichkeit zwischen den beiden. *Tommasoli-Modena.*

b. *Tuberkulose.*

Über primäre Tuberkulose der Nasenschleimhaut, von Beermann. Würzburg 1890, Inaug.-Dissert. 34jährige Bauersfrau aus der v. Schönbornschen Klinik. Alle Organe gesund mit Ausnahme des Sept. narium der rechten Seite, an welchem in einer Ausdehnung eines 50Pfennigstückes in die Schleimhaut stecknadelkopfgrofse Knötchen eingelagert sind. Excision der erkrankten Schleimhautpartie. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich vereinzelte Tuberkelbacillen.

Die Heilung ging nicht glatt vor sich, nach 4 Wochen hatten sich an der Operationsstelle Granulationen z. T. prominierend von grau-rötlicher Farbe gebildet, die mit dem Thermokauter beseitigt wurden. Nach weiteren 4 Wochen trat schliefslich völlige Vernarbung ein. Über den weiteren Verlauf findet sich nur die ganz kurze Mitteilung, dafs etwa ¾ Jahr nach der ersten Operation sich ein schweres Recidiv eingestellt hat. *Seifert-Würzburg.*

Die Skrofulose, von P. Le Gendre. (*Journ. des mal. cut. et syph.* Bd. II. S. 320.) In frühern Zeiten unterschied man vier Stadien der Skrofulose. Zum ersten Stadium

rechnete man Ekzema, Impetigo und verschiedene Schleimhauterkrankungen. Dann kam die zweite Periode mit Hautgeschwüren und Drüsentumoren. Kalte Abcesse, Karies, Ostitis u. s. w. bezeichneten das dritte Stadium, während die Patienten im vierten Stadium an Tabes meseraica, allgemeiner Kachexie und den sonstigen eingebildeten Folgen der Skrofulose, wie Albuminurie, amyloide Entartung u. s. w. elendiglich zu Grunde gingen. Allmählich hat nun die moderne Pathologie ein Stockwerk nach dem andern dieses skrofulösen Gebäudes abgetragen, so dafs schliefslich nichts weiter übrig geblieben ist, als der Begriff der skrofulösen Anlage. Worin diese Anlage eigentlich bestehe, wissen wir leider noch nicht; nur einzelne, zusammenhangslose Thatsachen sind uns bekannt. So hat Beneke gefunden, dafs das gesunde Knochengewebe eines skrofulösen Individuums 64,4 % Wasser enthält gegenüber 13,6 % bei gleichaltrigen gesunden Menschen. Wir wissen auch, dafs die Stühle, sowie der Schweifs der Skrofulösen stark sauer sind, dafs der Harn viel Oxalsäure enthält. Aber bis zu einer Deutung dieser Thatsachen sind wir noch nicht vorgedrungen. An einem Zusammenhang zwischen Phthise und Skrofulose scheint Verf. nicht recht zu glauben, dagegen weist er mehrfach auf die Beziehungen der Skrofulose zu Gicht und Diabetes hin. — Seine therapeutischen Vorschläge gipfeln in dem sehr berechtigten Verlangen nach Beschleunigung des Stoffwechsels durch reichliche Zufuhr von Licht, Luft, zweckmäfsiger, fetter Nahrung, Jod und Jodsalzen, Jodoform, Arsen. Für Darreichung der letztgenannten Medikamente werden am Schlufs einige Formeln empfohlen. — Der Leberthran hätte in dieser Gruppe doch auch eine lobende Erwähnung verdient. *Türkheim-Hamburg.*

Aus dem Hôpital Andral. **Über einen Fall von Hauttuberkulose**, von Ch. Achard. (*Journ. des mal. cut. et syph.* Bd. II. S. 348.) Es handelte sich um einen Fall von Lupus verrucosus. Überall, wo die Neubildung safs, hatten sich früher Unterhaut-Gummata befunden. Diese waren von selbst oder infolge der Behandlung aufgebrochen; es bildeten sich Fistelgänge, und um diese herum entstanden die verrukösen Plaques. Verf. nimmt an, dafs, aus unbekannten Gründen, die Haut des Patienten sehr wenig widerstandsfähig gegenüber den Tuberkelbacillen war. Die Herkunft letzterer aus den Unterhautgummata kann man dem Autor für diesen Fall wohl unbedenklich zugeben. *Türkheim-Hamburg.*

Über skrofulöse Hautkrankheiten bei Kindern, von H. Gillet (Paris). (*Journ. des mal. cut. et syph.* Bd. II. S. 343). In einem klinischen Vortrag mit Krankenvorstellung weist G. auf den Zusammenhang der verschiedenen skrofulösen Hautkrankheiten wie Impetigo, Panaritium, Akne, Ekthyma, Phlegmone hin, für deren Zustandekommen er den Staphylokokkus und Streptokokkus verantwortlich macht. Er knüpft daran einige therapeutische Bemerkungen, die, wie der ganze Vortrag, nichts Neues enthalten. *Türkheim-Hamburg.*

c. *Syphilis.*

Über Pemphigus syphiliticus der Neugeborenen, von A. P. Buisseret. (*Journ. des mal. cut. et syph.* Bd. II. S. 361.) B. sieht mit Jacquet und Thiry in dem syphilitischen Pemphigus nur eine Modifikation des gewöhnlichen papulösen Syphilids, wie er in einem etwas fragmentarisch klinischen Vortrag des längern auseinandersetzt. Sämtliche Körperteile können von Pemphigus befallen werden mit Ausnahme der Haut von Kopf, Thorax und Abdomen, weil diese am wenigsten mit der Amnionflüssigkeit in Berührung kommen. Wenn die Extremitäten vorzüglich heimgesucht werden, so hat das seinen Grund darin, dafs hier in den ersten Tagen eine normale Kongestion stattfindet und dafs die Epidermis an diesen Stellen besonders dünn und zart ist. *Türkheim-Hamburg.*

Harter Schanker auf dem linken Arm, von PAUL BERNARD (Lyon). (*Journ. des mal. cut. et syph.* Bd. II. S. 339.) Eine kleine unverdächtige Wunde am Arm verwandelte sich bei einem ganz gesunden Bergmann aus unbekannt gebliebenen Ursachen in einen harten Schanker, zu dem sich nach einigen Wochen auch ein makulöses Exanthem hinzugesellte. *Türkheim-Hamburg.*

Ein Fall von **Extra-Genital-Schanker (Ulc. durum der Unterlippe)** wurde in der Société des Sciences médicales zu Lyon vorgestellt. Ein kurzer Bericht hierüber findet sich im *Journ. des mal. cut. et syph.* Bd. II. S. 355.

Türkheim-Hamburg.

Über vier Fälle von syphilitischem Schanker der Tonsillen, von KARL SZADEK, Kiew. (*St. Louis Medical and Surgical Journal*, January 1891.) Nachdem V. zunächst einen Überblick der Litteratur der syphilitischen Primäraffekte der Tonsillen und der Mundhöhle gegeben hat, beschreibt er vier Fälle von hartem Schanker der Mandeln, die er in den letzten fünf Jahren in seiner Privatpraxis zu beobachten Gelegenheit hatte.

Als besonders auffällig dabei bezeichnet er den Umstand, dafs alle vier Patienten Männer waren und bei allen die rechte Tonsille erkrankt war.

Da in allen Fällen nach Verlauf der gewöhnlichen Zeit Exanthem und Drüsenschwellungen auftraten, an den Genitalien, oder am übrigen Körper ein Primäraffekt aber nicht nachzuweisen war, so war die Richtigkeit der vorher gestellten Diagnose: „syphilitischer Tonsillarschanker" erbracht.

Daraufhin folgert der V. nun, dafs die Diagnose aus dem Aussehn des Primäraffekts zu machen sei (Symptome sind: die Tonsille ist geschwollen, mehr oder weniger tief ulceriert, die Ulceration mit grauem Belag bedeckt und besteht eine mit dem Finger deutlich fühlbare Induration der erkrankten Tonsille, sowie Schwellung der Submaxillar- und Cervikaldrüsen der betreffenden Seite).

Ferner nimmt er an, obwohl der bestimmte Infektionsmodus in keinem der Fälle festgestellt werden konnte, dafs eine syphilitische Infektion der Tonsillen in vielen Fällen nicht durch direkten Kontakt, sondern durch luetische Mundsekrete hervorgerufen wird. *Lehzen-Hannover.*

Über extragenitale Syphilisinfektion von v. BROICH. (*Archiv f. Derm. u. Syph* 1890. 4./5. Heft). V. bringt im Verfolg seiner Arbeit über das gleiche Thema aus dem Jahre 1888 weitere 11 Fälle von extragenitaler Infektion aus der Bonner Klinik. In einer dieser Sklerosen, die excidiert wurden, liefsen sich nach der von DOUTRELEPONT angegebenen Färbemethode Bacillen nachweisen. V. verbreitet sich dann über Vorschläge zur Verhütung der weiteren Verbreitung der Syphilis und gibt am Schlufs die einschlägige Litteratur aus den Jahren 1888 und 1889. *Hahn-Bremen.*

Über Initialsklerose am Kinn, von ENGELBERT WINDHEUSER. (Bonn, 1890. Dissert.) V. beschreibt, nach allgemeinen Mitteilungen über extragenitale Infektion und Aufzählung der wenigen bisher beschriebenen Fälle von Initialsklerose am Kinn, einen in der Bonner Klinik beobachteten Fall, wo die Infektion durch den Raseur hervorgerufen war, der ein Pöckchen am Kinn fortgeschnitten hatte. *Hahn-Bremen.*

Beitrag zur Diagnose und Prognose der Hirnsyphilis, von OTTO HARMSEN. (Berlin, 1890. Dissert.) V. bringt aus der Nervenklinik der Charité (Dr. OPPENHEIM) neun ausführliche Krankengeschichten. Sämtliche Fälle wurden durch antiluetische Kur bedeutend gebessert, bezw. geheilt, obgleich noch nicht bei allen die Beobachtungsdauer seit der Entlassung der Forderung NAUNYNS (5 Jahre) entspricht.

Hahn-Bremen.

Beitrag zur Kenntnis des Syphiloma extragenitale, von Dr. Cavazzani. (*Riforma med.* 1891.) Verf. berichtet 2 Fälle, wo die Diagnose sehr schwer war. Einer derselben ist dadurch bemerkenswert, dafs das Syphilom sich am rechten vordern Gaumenbogen befand. *Tommasoli-Modena.*

Syphilis congenita tardiva, von Dr. Dieci. (*La Rassegna di Scienze.* 1890. No. 5, 6.) Es werden hier zwei Krankengeschichten von syphilitisch geborenen Knaben mitgeteilt, bei welchen die zweifellosen Manifestationen der Syphilis sich erst im zweiten resp. fünften Lebensjahre zeigten. Der erste Fall ist jedoch etwas zweifelhaft; nur der zweite hat einigen Wert. *Tommasoli-Modena.*

Über Syphilome des Musculus sterno-cleidomastoideus nebst zwei Fällen, von Büschhoff. Greifswald 1890, Inaug.-Dissert. Nach Besprechung der Differentialdiagnose teilt R. zwei Fälle von Syphilomen mit, bei denen die Diagnose durch Residuen früherer luetischer Erkrankung leicht gestellt werden konnte. Im ersten Falle trat das Syphilom unbekannte Zeit nach der Infektion, im zweiten Falle 18 Jahre nach dem Ausbruch der ersten Erscheinungen auf.
Peiper-Greifswald.

Blutuntersuchungen bei der durch Syphilis bedingten Anämie, von Prof. Carl Dehio (Dorpat). (*Petersburg. med. Wochenschr.* 1891. No. 1.) In der gemeinschaftlich mit Dr. Lezius unternommenen Arbeit geben Verff. ihre an 20 männlichen und weiblichen Individuen gewonnenen Erfahrungen. Danach ist die Zahl der roten Blutkörperchen bei der syphilitischen Chlorose in der Regel vermindert, doch ist diese Verminderung gewöhnlich keine sehr hochgradige, sie schwankt zwischen 80 und 90% des Normalen, dagegen ist der Hämoglobingehalt zur Blütezeit *stets* bedeutend stärker und zwar durchschnittlich auf 65—67% des Normalen herabgesetzt, so dafs die einzelnen Blutkörperchen nur noch etwa 70% ihres normalen Hämoglobingehalts besitzen.

Auch wo die Anämie nur wenig ausgeprägt ist und die Zahl der Blutkörperchen gar keine Einbufse erlangt, ist der Hämoglobingehalt doch gesunken. Bei Quecksilberdarreichung heben sich die Zahlen wieder. *Kroug-Hungerburg-Narwa.*

Syphilis hereditaria tarda, von Neu. (Bonn, 1890. Dissert.) Bringt aufser Beschreibung der Symptome und der Theorie der tardiven hereditären Lues sieben einschlägige Fälle. *Hahn-Bremen.*

Die Anwendung von Bromkali bei der Syphilis, von Victor Augagneur (Lyon). (*Journ. des mal. cut. et syph.* Bd. II. S. 225.) Augagneur empfiehlt das Bromkali nicht als Specificum sondern als Sedativum bei gewissen Formen der Larynx- und Gehirnsyphilis, und zwar reicht er es stets in Verbindung mit Jodkali in wässriger Lösung; er will dadurch die Erregbarkeit der nervösen Centra bezw. des Larynx herabsetzen und auf diese Weise eine schnellere Heilung erzielen.
Türkheim-Hamburg.

Ein Beitrag zur Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Quecksilbersalicylat. (Aus der Hospitalsklinik des Herrn Prof. Carl Dehio in Dorpat.) Von Dr. med. Aug. Lezius. (*Petersburg. med. Wochenschr.* 1891. No. 4.) Verf. hat zu den Injektionen eine Lösung von Hg Salicyl. 1,0, Vaselin. liquid. 10,0 gebraucht; davon wöchentlich eine Pravazsche Spritze i. e. 0,1 pro dos. Die Injektionen wurden in die Muskulatur der Nates gemacht, und der Stichkanal mit Heftpflaster verklebt. Zur Behandlung kamen 25 Patienten mit 126 Injektionen. 13 von ihnen mit Primärerscheinungen waren noch nicht mit Hg behandelt worden. Die übrigen waren

Recidivisten. Eine Patientin von 46 Jahren mit cerebraler Lues. Neben der Allgemeinbehandlung wurde auch wo nötig eine Lokaltherapie eingeschlagen. Die Wirkungen waren im ganzen recht günstige. Im Durchschnitt erhielten die Kranken 6 Injektionen, bei Recidiven genügten 3. In dem Falle der cerebralen Lues trat schon nach der ersten Injektion eine Besserung auf und nach 4 Injektionen wurde sie anscheinend geheilt entlassen. Toxische Wirkungen wurden nur einmal beobachtet. Akute Gastroenteritis; bei späteren Injektionen trat aber eine solche nicht mehr auf. Recidive traten bei 3 Kranken innerhalb 1—3—4 Monaten auf. Im allgemeinen resumiert Verf. folgendermafsen:

Vor anderen unlöslichen Quecksilberpräparaten hat das Hg salicylic. voraus: 1. geringere örtliche Reaktionserscheinungen; 2. keine Abscesse und dabei doch dieselben kurativen Eigenschaften. *Kroug-Hungerburg bei Narwa.*

Beitrag zur Frage des Lichen syphiliticus beruhend auf einer Mischinfektion von Syphilis und Tuberkulose, von Zeppenfeld. Würzburg 1890, Inaug.-Dissertation. Ein auf der Abteilung für Haut- und Syphiliskranke im Juliusspitale beobachtete Fall von Lichen syphiliticus, bei welchem auch noch Zeichen tuberkulöser Infektion bestanden, schien geeignet, zur Entscheidung der Frage, ob bei dem Zustandekommen des Lichen syphiliticus eine Mitwirkung des tuberkulösen Virus anzunehmen sei, einen Beitrag zu liefern. In excidierten Knötchen konnten keine Tuberkelbacillen ebensowenig wie in den Fällen von Michelson nachgewiesen, aber auch Tuberkulose auf experimentellem Wege an Versuchstieren nicht erzielt werden (durch Übertragung eines Lichenknötchens in die rechte Augenkammer eines Kaninchens). In der Zwischenzeit ist bekanntlich mit Hilfe des Tuberkulin diese Frage entschieden worden. *Seifert-Würzburg.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Natur und Behandlung des Ekzems, von Dr. Unna. (*Berliner Klinik.* 1890. Heft 27.) Verf. sucht zu beweisen, dafs ohne Änderung der Nomenklatur der Begriff des Ekzems als parasitäre Erkrankung festgehalten werden kann. Willan definierte als Ekzem verschiedene künstliche Dermatitiden, welche mit Bläschenbildung auftreten, vertrocknen, mehr Schmerz als Jucken verursachen, akut verlaufen. Allmählich änderte sich der Begriff, indem man ein chronisches Ekzem hinzufügte. E. Wilson bezeichnete als Ekzeme chronische Entzündungen der Haut, begleitet von Desquamation, Jucken, Exsudation, und diese Definition absorbierte allmählich die Willansche, man liefs das Bläschen als elementare Eruption fallen und nahm akute Anfänge und Exacerbationen an. Das aus einer akuten Ursache hervorgehende chronische Ekzem suchte man auf Grund einer Dyskrasie (prädisponierende und excitierende Ursachen) zu erklären. Nach Unna mufs man als reale Ursache den infektiösen Keim hinzufügen, der auf gutem Nährboden (d. h. infolge der betreffenden Dyskrasie) günstige Lebensbedingungen findet. Ekzeme sind also chronische parasitäre Kartarrhe der Haut, mit Desquamation, Jucken, und der Neigung auf Reize mit Exsudation und stärkerer Entzündung zu reagieren. Daher hat die Therapie eine direkte (antiparasitäre) und eine indirekte (Beeinflussung des Nährbodens, der Oberhaut) zu sein. Die Auswahl der Mittel richtet sich nach dem Grade der Entzündung; man mufs sehen, die stärkste Wirkung ohne artificielle Entsündung hervorzurufen, zu erzielen. Von inneren Mitteln leistet nur der Arsenik einiges. *Hahn-Bremen.*

Über eine neue Ursache von plötzlichem Tode bei Kindern, von Dr. Guaita. (*Arch. ital. di pediatria.* 1890. Tom. 6.) Verf. beobachtete bei vielen an **Ekzema impetiginosum** leidenden Kindern das Vorkommen von parenchymatöser Nephritis, welche das Ende der kleinen Patienten herbeiführte. *Tommasoli-Modena.*

b. *der Cutis.*

Ein Fall von Aktinomykosis beim Menschen, von Dr. Fischer. (*Riv. venet.* 1890. No. 6.) Ein 51jähriger Mann, der früher Hirt gewesen war und zur Zeit als Lastträger sich beschäftigte, zeigte am Abdomen eine nufsgrofse Geschwulst mit geröteter Oberfläche. Beim Öffnen dieses Tumors wurden neben einer Menge Eiter auch Körnchen gefunden, welche sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Kolonien von Aktinomykosis erkannt wurden. Der Tumor stand mittelst eines Fistelganges mit der Abdominalhöhle in Verbindung. *Tommasoli-Modena.*

Die elephantiastischen Formen des Gesichtes, von Obladen. Erlangen 1890, Dissertation. Nach einer Übersicht über Geschichte, Ursachen, Einteilung und Verlauf der Elephantiasis im allgemeinen beschreibt Verf. genauer die im Gesicht vorkommenden Formen. Speziell an der Nase unterscheidet er eine echte erworbene E. (nach häufiger aufgetretenen Erysipelen), sodann das Rhinophym, das er aus dem Komplex der Akne rosacea herausnehmen und als Hypertrophie des Koriums aufgefafst wissen will, und endlich das Fibroma molluscum (meist kongenitale Formen). Ob der von ihm beschriebene Fall der letzteren Form nicht doch lieber als Rhinophym zu bezeichnen ist, liefse sich nach der Krankengeschichte und der beigegebenen Abbildung vielleicht vertreten. *Hahn-Bremen.*

Über Mykosis fungoides, von Doutrelepont. (*Klin. Jahrbuch.* II.) Nach einer kurzen Übersicht über die Geschichte dieser seltenen Erkrankung beschreibt Verf. ausführlich fünf genau und lange beobachtete Fälle. Weder durch Züchtung noch mikroskopisch konnte D. irgend welche pathogene Bakterien nachweisen. Histologisch fand sich Anhäufung von Rundzellen um das subpapillare Gefäfsnetz der Cutis, von da sich in die Papillen erstreckend, und diese zum Teil gänzlich ausfüllend. Der Übergang dieser Infiltration ins Gesunde findet ganz allmählich statt, nicht plötzlich, wie bei einer geschwulstartigen Neubildung. Aufserdem fand sich deutliche Wucherung des Rete in die Cutis zwischen die Zellhaufen hinein. Verf. kann sich auf Grund dieser histologischen Bilder weder der Ansicht französischer Autoren, die den Prozefs als Lymphadénie cutanée auffassen, anschliefsen, noch der Kaposis, der die Mykosis fungoides für Sarkomatose der Haut hält, sondern neigt zu der Ansicht, dafs es sich um eine chronische Entzündung mit Bildung von Granulationsgeschwülsten handelt, die man — vielleicht den chronischen Infektionskrankheiten zuweisen möchte. *Hahn-Bremen.*

Über Mykosis fungoides, von Wilh. Schumacher. (Bonn, 1890. Dissert.) Die Arbeit bringt aufser einer genauen und sorgfältigen Besprechung der Geschichte und des Wesens der Mykosis an der Hand der bisher veröffentlichten Fälle eine sehr exakte Krankengeschichte mit Sektionsprotokoll eines an der Bonner dermatologischen Klinik beobachteten Falles (cf. Doutrelepont, *Klin. Jahrbuch* II). *Hahn-Bremen.*

Über die moderne Behandlung der diffusen Phlegmone, von Paul Schörwinkel. (Berlin, 1890. Dissert.) V. empfiehlt unter richtiger Würdigung einer frühzeitigen operativen Therapie und energischen Anwendung der Antiseptica vor allem die permanente Irrigation zur Heilung schwerer phlegmonöser Prozesse. *Hahn-Bremen.*

Comby berichtete in der Société médicale des Hôpitaux-Paris über das so seltene **Erythema nodosum** der Kinder. Er konnte im ganzen nur 16 Fälle — 10 bei Knaben, 6 bei Mädchen — sammeln. An den Vortrag schloſs sich eine kleine Debatte. (*Journ. des mal. cut. et syph.* Bd. II. S. 356.) *Türkheim-Hamburg.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Syphilis und Karzinom, von Ingenhoven. (Bonn, 1889. Dissert.) Häufig geben Gummata Veranlassung zur Verwechselung mit Karzinom, allein es sind auch Fälle vorgekommen von krebsiger Degeneration eines Gummas oder von Entwicklung eines Karzinoms auf alter luetischer Narbe. Drei derartige Fälle aus der Bonner Klinik beschreibt Verf.

Die Diagnose muſs häufig ex juvantibus gestellt werden, und zwar empfiehlt sich zunächst energische antiluetische Kur, um nicht den günstigen Zeitpunkt zur Excision des Karzinoms zu versäumen. *Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Mykosis fungoides oder Sarcomatosis cutanea, von J. Reboul (Paris). (*Journ. des mal. cutan. et syph.* Bd. II. pag. 385.) In diesem Falle wurde durch Behandlung mit Naphtol-Camfor-Verbände und interstitielle Einspritzungen — eine fast vollständige Heilung erzielt. (?) *Türkheim-Hamburg.*

Über Lymphangiom, von Rothenaicher. Würzburg 1890, Inaug.-Dissertation. Es handelt sich um ein 4 Wochen altes Kind, an welchem gleich bei der Geburt eine apfelgroſse Geschwulst in der linken Achselhöhle bemerkt wurde, welche dann um nahezu das Doppelte des ursprünglichen Umfanges sich vergröſserte. Operation. Heilung. Die histologische Untersuchung ergab, daſs die Geschwulst aus zahllosen, kleineren und gröſseren Hohlräumen bestand. Die Septa zeigten verschiedene Dicke, bestanden oft nur aus ganz dünnen Fäden; an den Wandungen vielfache leistenartige Vorsprünge. Alle Hohlräume mit Endothel ausgekleidet und gröſstenteils von zellig infiltrierten Wänden umgeben. Die Lymphe vielfach erhalten und von homogenem Aussehen, im allgemeinen wenig Lymphkörperchen enthaltend. In der Geschwulst befand sich auch Fett, an manchen Stellen deutlich von wucherndem Bindegewebe verdrängt. Blutgefäſse nicht zahlreich. In der Geschwulst mehrere Lymphdrüsen, teils noch von normalem Aussehen, teils im Übergang zu karzinösem Gewebe begriffen. Im Bindegewebe Kernanhäufungen, die hier und da einen sich entwickelnden Hohlraum einschlieſsen. *Seifert-Würzburg.*

Mosetig-Moorhof berichtete in der k. k. Gesellschaft der Ärzte Wiens (*Intern klin. Rundschau* 1891, Nr. 6) über die von ihm angestellten Versuche zur **Behandlung inoperabler maligner Neubildungen,** vor allem **mit Anilinfarbstoffen,** von denen 1883 das Anilinum trichloratum die Heilung eines Rundzellensarkoms herbeiführte. Jetzt benutzt er das Methylviolett (Pyoktanin Merck), mit dem in sechs Fällen von Sarkomen und Karzinomen zweifelsohne ganz gründliche Besserung erzielt wurde. Autor wandte Lösungen von 1 : 1000, 1 : 500, 1 : 300 an, meist 4—6 g, alle 2—3 Tage, glaubt aber, daſs man viel stärkere Lösungen benutzen könne. Geschlossene Tumoren zerfallen nicht, sondern schrumpfen, offene secernieren profuser und verkleinern sich rascher. Man muſs sich bei den Injektionen bestreben, nach und nach den ganzen Tumor zu tingieren. In der Diskussion erwähnt Neudörfer, daſs er in drei Fällen durch 2 % Methylviolett-talkstreupulver Nachlaſs der Schmerzen und Stillstand im Wachstum bei inoperablen exulcerierten Neoplasmen erzielt habe.

Hahn-Bremen.

Über einen Fall von Ulcus rodens, von Müller. Würzburg 1890, Inaug.-Dissertation. Sorgfältige histologische Untersuchung eines ulcus rodens, das aus der Nase und am angrenzenden Teile der Wange exstirpiert worden war. Der Ausgangspunkt schien in dem Rete Malpighii oder den Talgdrüsen oder in beiden zugleich zu liegen, denn am Rande des Geschwüres konnte man einen direkten Zusammenhang zwischen diesen Gebilden und den tiefgelegenen Krebskörpern erkennen.

Seifert-Würzburg.

Über die Lokalisation der subkutanen Lipome und Atherome, von Wendel. Greifswald 1890, Inaug.-Dissert. Unter 82 Fällen von Lipom fand sich dasselbe 1 mal am Kopf, 6 mal am Hals und Nacken, 12 mal an der Brust, 7 mal auf dem Abdomen, 36 mal am Rücken oder Gesäfs, 7 mal am Oberarm, 11 mal am Oberschenkel und 2 mal am Unterschenkel; diejenigen Hautpartieen, welche die meisten Talgdrüsen aufweisen, waren demnach am wenigsten für die Bildung von Lipomen disponiert. Hingegen ergab eine Kasuistik der Atheromfälle, dafs an den Prädilektionsstellen der Lipome, also am Rücken, dem Oberarm und dem Halse, fast gar keine Atherome auftraten. Die Lipome kommen demnach in Bezug auf ihre Häufigkeit mehr an den Drüsenarmen, die Atherome an den drüsenreichen Hautpartieen vor.

Peiper-Greifswald.

Regressive Ernährungsstörungen.

Ein Fall von Spontangangrän bei Diabetes mellitus, von Schütte. Greifswald 1890, Inaug.-Dissertation.

Die in den Jahren 1885—90 in der Greifswalder chirurgischen Klinik vorgekommenen Fälle von Gangraena diabetica und Gangraena senilis, von Laschke. Greifswald 1890, Inaug.-Dissertation. Als Ursache der Gangrän des 3.—5. Fingers in einem Falle von Diabetes sieht Sch. eine massenhafte Invasion von Mikroorganismen an, welche zur Gruppe der Streptokokken gehören. Das durch die bestehende Erkrankung geschwächte Gewebe ist bei der Invasion der Spaltpilze nicht imstande, entzündlich zu reagieren, sondern verfällt der Gangrän.

Denselben Vorgang beobachtete L. in einem weiteren Falle von diabetischem Gangrän, der allerdings zugleich mit Arteriosklerose kompliziert war. 6 Fälle von Gangraena senilis illustrieren die Entstehung der Gangrän in derartigen Fällen.

Peiper-Greifswald.

Über Hemiatrophia facialis progressiva, von Pajenkamp. Greifswald 1890, Inaug.-Dissertation. P. beschreibt einen weiteren Fall obiger Erkrankung bei einem 16jährigen Mädchen, welches bis zu seinem 9. Jahre völlig gesund an einer Gesichtsrose erkrankte, die die rechte Seite des Gesichtes einnahm. Nach erfolgter Genesung bemerkte es ein Ergrauen der Haare auf der rechten Kopfseite. Mit 13 Jahren begann das jetzige Leiden, welches sich typisch entwickelte. Mit Sicherheit ist eine kongenitale Gesichtsasymmetrie wie hereditäre nervöse Belastung auszuschliefsen.

Peiper-Greifswald.

Die Behandlung der Alopecie mit Jod-Kollodium, von E. Chatelain. (*Journ. des mal. cut. et syph.* Bd. II. pag. 221.) Ch. hat in einem Falle, wo eine 1 Fr.-Stückgrofse Alopecie in der linken Schläfengegend bestand, völlige und dauernde Heilung mit Jod-Kollodium innerhalb 5 Wochen erzielt; ein zweiter, ebenso behandelter Fall

ist in Besserung begriffen. — Vielleicht, meint er, wird die Alopecie durch einen aëroben Mikrokokkus verursacht, der infolge Entziehung des Sauerstoffs durch den luftdichten Verschluſs mittelst Kollodium zu Grunde geht.

Türkheim-Hamburg.

Mifsbildungen.

Beitrag zur Kenntnis der Naevi, von JOSEF JANSEN. (Bonn, 1890, Dissert.) In der Bonner Hautklinik wurde ein Mädchen beobachtet, das an einem halbseitigen Naevus verrucosus litt. Pat., im übrigen ganz gesund, hat die Veränderungen der Haut von ihrer Geburt an, nur sind sie allmählich gewachsen. In der rechten Nackengegend finden sich in 5 markstückgröſse teils flache, teils papilläre Erhabenheiten; ferner beginnt an der rechten Hinterbacke ein Zug von flachen, gelbbräunlichen Erhabenheiten, der spiralig sich in der Mitte des Schenkels nach vorn zieht und an der Patella endet. An der hintern Seite des Oberschenkels findet sich ein 12 cm langer, 6 cm breiter, oberflächlich exulzerierter Tumor, der aus mehreren papillären Geschwülsten zusammengesetzt ist. Die Haut der Aufsenseite des rechten Fufsrückens erinnert an Ichthyosis.

Verf. geht nun auf die Ätiologie der Naevi ein: HEBRA verlangte, daſs sie angeboren seien, doch ist häufig auch extrauterine Entwicklung beobachtet, vielleicht infolge einer intrauterin erworbenen Anlage. Heredität ist auch einige Male nachgewiesen. Die Halbseitigkeit und der Sitz entsprechend dem Nervenverlauf sprechen für Nerveneinfluſs; welcher Art dieser ist, ist noch nicht zu sagen; doch hat man ja auch lokale Ichthyosen im Anschluſs an pathologische Veränderungen des Nervensystems gesehen, und ebenso kommen Naevi zusammen mit Neurofibromen vor.

Hahn-Bremen.

Über Pigmentmäler, von KLEE. Erlangen 1890, Inaug.-Dissert. Nachdem der Verf. Entstehung und Wesen des Pigments geschildert, geht er zur Besprechung des physiologischen und pathologischen Vorkommens im menschlichen Körper über, vor allem zur Besprechung der Pigmentmäler und ihrer Entstehung und Therapie. Was letztere anbelangt, so schlägt er radikale operative Entfernung vor, wenn sie an unbedeckten Stellen des Körpers Entstellung verursachen, oder um der Gefahr der Entwickelung bösartiger Geschwülste aus ihnen vorzubeugen. *Hahn-Bremen.*

Über einige Haarmifsbildungen, von Prof. V. MIBELLI-Cagliari. (*Giorn. it. delle malattie ven. e della pelle.* Sept. 1890.) Bei einem an Alopecia areata des Bartes leidenden Manne bemerkte Verf. in der Umgebung der Alopecieflecken, also auf dem normalen Haarboden, einige eigentümlich veränderte Haare. Im Gegensatze zu den normalen kastanienbraunen dünnen Haaren des ganzen Bartes zeigte sich die Veränderung in einer Volumenzunahme, Schwärze, Unregelmäfsigkeit im Querschnitt und in einem Getrübtsein der Oberfläche. Von diesen schon in ihrem Äufsern veränderten Haaren zog der V. ca. 10 Stück heraus und verwandte sie mittelst Quer- und Längsschnitte zu mikroskopischen Untersuchungen. Es zeigte sich nun, daſs die Veränderung eine verschiedenartige war:

1. Ein Teil des Haarschaftes sowie die ganze Wurzel bestand aus je zwei Haaren, indem diese von einer gemeinsamen äufseren Wurzelscheide umfaſst wurden; die inneren Wurzelscheiden waren deutlich entwickelt, für jedes Zwillingshaar gesondert und enthielten eine im Querschnitt unregelmäfsig geformte Wurzel mit gut ausgeprägtem Markkanal.

2. Der Querschnitt zeigte eine regelmäfsig geformte äufsere Wurzelscheide, die

Corticalsubstanz bildete aber eine ganz unregelmäfsige Figur, ähnlich einer geographischen Karte. In dem centralen Teil war eine Pigmentanhäufung wahrzunehmen, sodafs namentlich der untere Teil der Wurzel fast ganz schwarz aussah.

3. Hier war ein wahres Drillingshaar zu sehen, indem eine äufsere Wurzelscheide drei gesonderte Wurzeln umschlofs. Die innere Wurzelscheide war nur noch an dem papillaren Ende deutlich zu erkennen, aber auch hier umfafste sie alle drei Wurzeln gemeinschaftlich, bildete also einen Gegensatz zu der sub 1 beschriebenen Form. Im Centrum der Wurzeln war auch hier eine starke Pigmentanhäufung zu sehen, dagegen fehlte der Markkanal.

4. Der Querschnitt zeigte eine fast viereckige Form mit sehr weitem Markkanal. Die Rindensubstanz liefs sich mit Karmin und Hämatoxylin sehr leicht färben und bestand aus grofsen, weifsen Zellen, die an einzelnen nach der Peripherie hin gelegenen Stellen zusammenflossen und eine amorphe Substanz bildeten. Normale unveränderte Markzellen waren nirgends zu sehen.

5. Auch hier war die Markhöhle sehr erweitert wie bei 4., die innere Wurzelscheide war in zwei Drittteilen der Circumferenz noch erhalten und so weit auch mit einer äufseren Wurzelscheide versehen. Die Rindensubstanz hatte eine normal gebildete Cuticula und enthielt eine grofse Menge Pigment.

6. An dem papillaren Ende war die innere Wurzelscheide vollkommen erhalten und enthielt keratohyaline Körnchen; die äufsere Wurzelscheide war hier unvollständig. An den höher gelegenen Stellen war dagegen keine Spur von Wurzelscheiden zu sehen. Die Marksubstanz war nach unten sehr erweitert und in mehrere Teile gesondert, die nach oben ein netzartiges, einmaschiges Aussehen darboten.

Alle drei zuletzt erwähnten Formen boten auch eine bedeutende Volumenzunahme, die von der Erweiterung des Markkanals und der starken Pigmentanhäufung herrührte.

E. Fink-Hamburg.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über Tuberkulose der Urethra, von Ludger Nockher. (Bonn, 1890. Dissert.) Die Urethra kann auf zweierlei Art tuberkulös erkranken: 1.) sekundär, und zwar absteigend, wenn der primäre Sitz in Niere oder Blase zu suchen ist, und aufsteigend, wenn zuerst Hoden und Nebenhoden tuberkulös affiziert sind, und 2.) primär, wofür die Ätiologie häufig dunkel ist, am zwanglosesten in der Kohabitation mit einer an Genitaltuberkulose erkrankten Frau zu suchen ist. Für erstere Form bringt Verf. einen Beleg, indem sich bei der Sektion des an Phthisis pulmon. et tract. urogenital. verstorbenen Patienten in der rechten Niere und im rechten Hoden und Nebenhoden käsige Herde fanden. In dem untern Teil der Urethra waren kleine Tuberkel sichtbar. Ein zweiter Fall aus der Bonner chirurgischen Klinik betrifft primäre Tuberkulose der Urethra. Die Haut des Penis war ödematös, infiltriert; am Perineum an der Wurzel des Penis Fisteln, durch die beim Wasserlassen Urin abtropfte, umgeben von Ulzerationen von typisch tuberkulösem Aussehen, in deren Sekret Tuberkelbacillen nachgewiesen werden konnten. Die Therapie bestand in Spaltung, Auskratzung und Kauterisation der Fisteln, verbunden mit Blasenspülungen und Darreichung von Camphorsäure. Pat. wurde geheilt entlassen. *Hahn-Bremen.*

Über Harnröhrensteine, von Carl Bewerunge. (Bonn, 1890. Dissert.) Verf. beschreibt einen Fall von Harnröhrenstein, der von Trendelenburg durch Urethrotomia externa entfernt wurde. Pat. hat schon als Kind bei Erkältungen an Blasenbeschwerden gelitten und seit 2 Jahren beständig Beschwerden beim Wasserlassen.

Der Stein war also wahrscheinlich damals aus der Blase in die Harnröhre gerutscht. Er bestand aus einem dunkleren Kern von Harnsäure und einer helleren Schale von Kalksalzen.

Die meisten Harnröhrensteine verdanken ihre Entstehung einer ursprünglichen Steinbildung in Niere oder Blase. Begünstigt wird diese Entstehung durch Strikturen oder Divertikel. Da aber primäre Divertikel der Harnröhre selten sind, so mufs man häufig das Divertikel als erst durch den Druck des Steins entstanden annehmen. Am leichtesten entstehen Steine um Fremdkörper, die in der Harnröhre liegen geblieben sind. Die eigentlichen Harnröhrensteine bestehen fast nur aus Kalkphosphaten und Karbonaten. In Bezug auf die Therapie ist allen anderen Operationen die Urethrotomia externa vorzuziehen. *Hahn-Bremen.*

Über Fremdkörper der Blase. Vortrag, gehalten in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, von Prof. Dittel. (*Intern. klin. Rundschau.* 1891, No. 9.) Dittel hatte 30 mal Gelegenheit, Fremdkörper in der Blase zu beobachten, die teils zu onanistischen Zwecken oder aus Mutwillen, teils (besonders bei Männern) zu therapeutischen Zwecken (Katheterstücke) hineingelangt waren. Bei der Kürze und Weite der weiblichen Urethra ist nach Dilatation mit Simonschen Spekulis und eventuellen Incisionen die Extraktion mit Instrumenten unter Kontrolle des Fingers leicht. Weiche Katheterstücke in der männlichen Blase können mit dem Ramasseur gefafst und per vias naturales extrahiert werden; sind die Stücke aber incrustiert oder brüchig, so empfiehlt sich besser der Medianschnitt. Ist es zu hochgradiger Cystitis und Steinbildung gekommen, bezw. ist der Fremdkörper von Metall, so mache man Medianschnitt, falls er parallel zur Körperachse liegt und sich nicht zu tief in die Prostata eingespiefst hat; in allen anderen Fällen Sectio alta. Bei einer 49jährigen Frau konnte Dittel unter Leitung des Cystoskops mit Polypenscheeren Seidenligaturen entfernen, die von einer vor 1 Jahr an ihr vollzogenen Ovariotomie herrührten.
Hahn-Bremen.

Beitrag zur Pathologie der Cavernitis chronica, von L. Niehus. Bern 1889, Dissertation. Ein 53 Jahre alter Patient bemerkte vor 7 Jahren zunächst geringen Ausfluís, zu dem plötzlich eines Morgens, angeblich nach Erkältung, totale Urinverhaltung und Schmerzen in der Blasengegend traten. Diese Erscheinungen gingen zunächst zurück, bald aber trat Behinderung der Urinentleerung, später eine harte Schwellung am vorderen Ende der Harnröhre hinzu. Einige Male entleerte sich viel Eiter aus derselben, und so zog sich die Erkrankung mit abwechselnden Remissionen und Verschlimmerungen hin, bis 1885 wiederum eine starke Schwellung, hauptsächlich der Glans, doch bis zum mons veneris sich erstreckend, auftrat. Gröfster Umfang des Penis 17 cm. Die Schwellung perforierte an einer Stelle durch das Praeputium und liefs aus zahlzeichen siebartigen Löchern in der Glans auf Druck Eiter entleeren. Aus diesen Öffnungen floís auch Urin, wie aus einer Douche. Die Therapie bestand in Amputation hinter der Glans mit dem Paquelin. Differentiell diagnostisch werden Karzinom, von der Glans ausgehend, Elephantiasis und Syphilis ausgeschlossen. Makroskopisch ähnelt die Geschwulst auf dem Durchschnitt einem Uterusfibroid. Mikroskopisch lassen sich keinerlei Bakterien nachweisen. Die Schwellung besteht aus zahlreichen Infiltrationsherden mit sehr grofsen Epithelzellennestern, die centrale Höhlen aufweisen. Dieselben nehmen ihren Ursprung vom Oberflächenepithel der Glans. Daneben finden sich Herde von Granulationsgewebe mit epitheloiden und Riesenzellen im Centrum, endlich zahlreiche Mastzellen und homogene Kugeln, deren Natur nicht aufzuklären ist, da sie weder für Amyloid noch Hyalin typische Reaktionen geben. Verf. fafst die Erkrankung als eine epitheliale (Epitheliom) Neubildung auf,

die sich vom gewöhnlichen Cancroid durch Entstehung, Verlauf, Symptome und durch makro- und mikroskopisches Verhalten unterscheidet. *Hahn-Bremen.*

Ein Beitrag zur Kasuistik der Atresia ani vaginalis, von Szukalski. S. beschreibt drei derartige Fälle, welche im 5., 7. und 25. Lebensjahre zur Operation kamen. In allen drei Fällen erfolgte Heilung. *Peiper-Greifswald.*

Beitrag zur Lehre von den Tumoren der Harnblase, von Janson. Erlangen 1890, Dissertation. V. beschreibt 14 Fälle von obigen Tumoren: 4 mal fanden sich Zottenpolypen, 7 mal Karzinome, 3 mal beide Formen nebeneinander; 4 mal konnte die Blase als primärer Sitz des Karzinoms nachgewiesen werden. *Hahn-Bremen.*

Über die Prostatahypertrophie und die neueren Versuche zu ihrer operativen Behandlung, von Kind. Bonn 1890, Dissertation. V. bespricht die verschiedenen Operationsmethoden und empfiehlt im Anschluſs an drei von Trendelenburg operierte Fälle die Prostatectomia suprapubica, die vielleicht durch Kombination mit der von von Dittel vorgeschlagenen Prostatectomia lateralis ein ideales Resultat geben wird. *Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus, von R. Abel. Greifswald 1890, Inaug. Dissertation. Ein 33jähriges Mädchen, das wegen eines Tumors im Unterleibe die Frauenklinik aufsuchte, zeigte infantilen Habitus, unentwickelte Mammae, fehlenden Körperhaarwuchs. Die Scheide endet in 5 cm Tiefe blind. Im rechten Leistenkanal ein rundlicher Körper, der als Ovarium angesprochen wird. Im Abdomen ein groſser Tumor; dieser wird für eine Haematometra angesehen, es wird erfolglos versucht, von der Scheide einen Weg zu ihm zu bahnen, die Person stirbt an Peritonitis. Sektion: das prolabierte Ovarium erweist sich als Testikel, der groſse Tumor als ein Sarkom, das wahrscheinlich vom anderen Testikel ausgegangen ist. Sonstige männliche Genitalien fehlen; von weiblichen sind nur das Scheidenrudiment mit Hymen und die äuſseren Geschlechtsteile erhalten. Von Ovarien, Uterus, Tuben ist nichts zu finden; trotzdem soll die Regel stets in Ordnung gewesen sein.

Der Fall ist einer der wenigen von dieser Art vollständiger Vortäuschung des anderen Geschlechtes, welche zur Sektion kamen. Wie in der Arbeit an der Hand einer reichen Kasuistik dargethan wird, ist es nur unter bestimmten Verhältnissen (Nachweis von Spermatozoen oder histologischer Untersuchung der einen Keimdrüse) möglich, schon während des Lebens ein Urteil über das Geschlecht abzugeben.

Peiper-Greifswald.

Über Anuria paradoxa, von Moritz Gerson. Berlin, 1890. Dissert. V. gibt die Krankengeschichte eines 18jährigen schwächlichen Arbeiters, bei dem während der Rekonvalescenz von einer schweren Bronchopneumonie plötzlich eine 68 Stunden dauernde Anurie auftrat, ohne daſs urämische Erscheinungen sich einstellten. Pat. genas. Vier Fälle, bei denen länger dauernde Anurie ohne Urämie beschrieben werden, konnte V. in der Litteratur sammeln; sämtliche betrafen hysterische Frauenzimmer. *Hahn-Bremen.*

Über Behandlungsmethoden der Harnröhrenstrikturen, von Rob. Kutner. Berlin, 1890. Dissert. Im Gegensatz zum V. vorstehender Arbeit verwirft K. die elektrolytische Behandlung eigentlich vollkommen, und zwar weniger gestützt auf eigene Beobachtungen als auf Grund einer Arbeit von Monat. Nach ihm tritt vor allem die allmähliche Dilatation, besonders die A. Fortsche Methode (non vi, sed arte!) in ihre Rechte. Bei der Besprechung der Dilatatoren fehlt auffallenderweise die Erwähnung des Oberländerschen Instruments. *Hahn-Bremen.*

Zur elektrolytischen Behandlung der Harnröhren-Strikturen, von Bodenheimer. Heidelberg, 1890. Dissert. V. gibt eine geschichtliche Übersicht der Versuche, Strikturen elektrolytisch zu beseitigen. Die Methode ist verworfen worden besonders in Deutschland nach Dittels absprechendem Urteil, da sie viel Gefahren bot und man wenig erreichte, so lange man knopfförmige Elektroden anwendete. Im Auslande, besonders in Frankreich, wurde sie nun vervollkommnet, und redet V. sehr das Wort dem J. A. Fortschen Instrument und dessen Methode, die als Electrolyse linéaire bezeichnet wird. Fort erlebte auf fast 600 Fälle einen Todesfall, der nicht der Methode zur Last fällt. Da diese Methode cito, toto und fast jucunde (insofern als sie beinahe schmerzlos ist) arbeitet, dürfte sie entschieden einer weitern Prüfung wert sein. *Hahn-Bremen.*

Beziehungen der Hysterie zum Genitalapparat, von Ernst Reischauer Berlin, 1890. Dissert. V. zählt die verschiedenen Theorien der Hysterie auf, und entwickelt ihre Beziehungen zu Erkrankungen der Geschlechtssphäre; sie kann auch beim männlichen Geschlecht, häufiger als man annimmt, vorkommen. Im Anschluſs daran wird ein Fall aus Mendels Poliklinik beschrieben, wo sich im Anschluſs an eine Urethrotomia externa wegen Striktur hysterische Erscheinungen einstellten. *Hahn-Bremen.*

Fremdkörper in den weiblichen Genitalien und in der Harnblase, von Josef Diefenbach. Berlin, 1890. Dissert. V. referiert die mitgeteilten Fälle von Fremdkörpern, die meistenteils durch onanistische Manipulationen oder um Abort zu provozieren eingeführt sind und teilt dann fünf Fälle aus der Martinschen Klinik mit. In zwei von den letzteren wurde das corpus alienum durch Seidenligaturen gebildet, die nach intraabdominalen Operationen anfangs eingeheilt und dann nach Abscefsbildung in die Blase durchgebrochen waren. *Hahn-Bremen.*

Über die Diagnose der Blasenruptur, von Carl Braun. Berlin, 1890. Dissert V. bespricht an der Hand von 16 Fällen die Diagnose der Blasenruptur, die häufig Schwierigkeiten bereitet, wenn Symptome wie Harndrang, Unvermögen spontan zu urinieren etc. fehlen. Auf das kürzlich angegebene Symptom der reflektorischen Lähmung des Ileopsoas bei Blasenruptur hat V. nicht geachtet. *Hahn-Bremen.*

Gonorrhoe und Komplikationen.

Periostitis gonorrhoica, von Lucien Raynaud (Algier). (*Journ. des mal. cut. et syph.* Bd. II. S. 223.) Der ursächliche Zusammenhang zwischen Gonorrhoe und Periostitis wird noch vielfach bezweifelt. Um so wertvoller muſs jede einschlägige Beobachtung erscheinen. — Einen derartigen Fall, wo auf einen vorher bestandenen Tripper eine Periostitis der Tibia und beider groſser Zehen folgte, für die eine andere Ursache nicht wohl angenommen werden konnte, teilt R. mit.

Türkheim-Hamburg.

Untersuchungen über Filamenta urethralia, von Arthur Gabriel. Berlin, 1890. Dissert. V. weist auf Grund von 100 Fällen aus Lassars Poliklinik auf die Wichtigkeit der mikroskopischen Untersuchung der Tripperfäden hin, da man je nach ihrem Gehalt an Rundzellen oder Epithelien einen Rückschluſs auf die Intensität des in der Urethra sich abspielenden Prozesses machen kann. Da die Filamente bei allen Erkrankungen im wesentlichen dasselbe Bild geben, so ist aus ihnen allein eine Diagnose nicht zu stellen. Bei mangelnden Gonokokken ist (nach Verf.!) die Gonorrhoe chronica als nichtinfektiöser Prozeſs anzusehen. *Hahn-Bremen.*

Verschiedenes.

Die Prostitutionsfrage.

Von

Dr. F. A. Rietema
in Rotterdam.

(Fortsetzung.)

Eben haben wir bemerkt, dafs fast überall den Gemeinden die Freiheit gelassen worden, eine sanitätspolizeiliche Überwachung einzuführen oder nicht; von dieser Freiheit haben denn auch einige, zumal gröfsere Gemeinden einen bald vernünftigeren, bald unzulänglichen Gebrauch gemacht. Der damit erzielte Erfolg war und ist noch ein solcher, dafs dadurch der Nutzen einer zweckmäfsigen Überwachung unleugbar bewiesen ist; zahlreiche diesbezügliche Statistiken setzen dies aufser allem Zweifel. Mufs es doch auch jedem, der ohne vorgefafste Meinung über den einschlägigen Gegenstand nachdenkt, einleuchten, dafs man überall, wo man die Quelle der Ansteckung verstopft, im öffentlichen Interesse handelt.

Dennoch ist von mehreren Seiten der Nutzen jener Überwachung entweder in Abrede gestellt oder angezweifelt worden, und nicht ungeschickt hat man zu diesem Zweck einige von Verteidigern der Überwachung herrührende Statistiken benutzt, denen eine rationelle Grundlage fehlte. Ferner haben einige Gegner darzuthun versucht, dafs es, auch wenn der Nutzen einer sanitätspolizeilichen Überwachung keinem Zweifel unterworfen wäre, dennoch keineswegs anginge, jene Überwachung zur Verpflichtung zu machen.

Unseres Erachtens wäre es hier wohl nicht undienlich die Hauptgründe, worauf die Gegner der verpflichteten sanitätspolizeilichen Überwachung ihre Behauptung stützen, mitzuteilen und wo nötig, näher zu beleuchten.

1. Die Untersuchung sei eine Beschränkung der persönlichen Freiheit.

Oben ist schon dargethan worden, dafs, sobald der Staat die Prostitution als Gewerbe anerkennt und die Ausübung dieses Gewerbes an bestimmte, später zu besprechende Bedingungen bindet, dieses Bedenken unbegründet ist.

2. Eine Regierung erkenne, sobald sie mit der Überwachung beauftragte Beamte ernenne, die Prostitution als Gewerbe an.

Wir hatten schon Gelegenheit, unsere diesbezügliche Ansicht erkennen zu geben und wiederholen hier nochmals, dafs wir nur in jener Anerkennung und deren Folgen das einzige geeignete Mittel erblicken, der immer mehr um sich greifenden Syphilis Einhalt zu thun.

3. Die Untersuchung übe einen nachteiligen Einfluſs auf die Sittlichkeit (das moralische Gefühl) des mit der Untersuchung beauftragten Arztes aus.

Worauf sich diese Behauptung stützt, ist mir und wahrscheinlich wohl jedem Arzt — in dieser Angelegenheit doch wohl ein kompetenter Beurteiler — ein Rätsel. Traurig aber wahr ist, dafs ein gewisser Teil des Publikums auf den mit der Untersuchung beauftragten Arzt mit einer gewissen Geringschätzung herabsieht, eine Geringschätzung, die wahrlich nicht zu Gunsten der geistigen Bildung der Beurteiler zeugt und wohl in der noch überall ziemlich allgemein verbreiteten Ansicht wurzeln mag, dafs alles auf die Geschlechtssphäre Bezügliche nur sub rosa berührt und besprochen werden darf.

4. Es sei nicht die Aufgabe einer Regierung, diejenigen, welche mit Prostituierten Umgang pflegen, gegen Ansteckung zu schützen.

Hierauf antworten wir, dafs für den Staat der Gesundheitszustand seiner Einwohner eine Sache von höchster Bedeutung ist, wozu noch in diesem Falle ein anderer äufserst wichtiger Umstand kommt, nämlich die Gefahr, der sowohl die Umgebung wie die Nachkommenschaft des Angesteckten ausgesetzt sind, sodafs casu quo jene für nicht selbst begangene Thaten würden büfsen müssen.

5. Durch die Untersuchung sinke die Prostituierte moralisch immer tiefer.

Der einzige Grund, der dafür beigebracht wird, ist eine Erscheinung, welche einige Personen, die sich damit beschäftigen, gefallene Frauen zu bestimmen, ihren Beruf aufzugeben und einen anderen Lebenswandel zu wählen, beobachtet zu haben glauben, nämlich, dafs die der Untersuchung unterworfen gewesenen Frauen weit schwieriger auf den rechten Weg zurückzuführen wären, als die, auf welche dieselbe nicht angewandt worden. Vorausgesetzt, dafs die Thatsache an sich wahr sei, so geht daraus nicht im mindesten die Richtigkeit des daraus gezogenen Schlusses hervor. Bei den gegenwärtig geltenden Gesetzen läfst sich mit beinahe absoluter Gewifsheit behaupten, dafs die unter Kontrolle stehenden Frauen ihr Gewerbe länger ausgeübt haben und gleichsam mehr darin aufgegangen sind, als die nicht unter Kontrolle stehenden, und also weit langsamer und schwieriger von ihrem Lebenswandel abzubringen sind. Mit wie wenig Bestimmtheit ausgemacht werden kann, ob eine auf der statistischen Tabelle unter den auf den guten Pfad Zurückgeführten

vorkommende Person dies wirklich sei, braucht wohl keines näheren Beweises. Wenn die Gegner des Untersuchungszwanges wirklich der Ansicht sind, dafs derselbe bei jeder ihr unterworfenen Person ein Herabsinken in sittlicher Hinsicht zur Folge habe, so mufs ihnen auch das Recht abgesprochen werden, eine für ihre Kinder zu benutzende Amme einer solchen Untersuchung zu unterwerfen, was doch jeden Tag stattfindet.

Wenn es auch wahr ist, was ich gar nicht zugebe, dafs durch die Untersuchung die Prostituierte um einige Grade tiefer sinken würde, als sie schon gesunken ist, so verdiente dieser Umstand, in Anbetracht des öffentlichen Interesses, dennoch keine Berücksichtigung.

Fassen wir nun alles kurz zusammen, so ergiebt sich, dafs von allen angeführten Bedenken nur die ersten zwei Beachtung verdienen, und es wird von der politischen und moralischen Ansicht des Beurteilers abhängen, auf welches von beiden er das gröfste Gewicht legen wird. Für uns ist das erste Bedenken das wichtigere, und man wird denn auch beim Lesen der von uns zu einer Regelung der Prostitution notwendig erachteten Vorschläge sehen, dafs alles versucht worden ist, um einer Beschränkung der persönlichen Freiheit, ohne Zustimmung der betreffenden Person vorzubeugen.

Merkwürdig ist, wie bisweilen dieselbe Person analoge Verhältnisse ganz verschieden beurteilt. Wir kennen eine Anzahl von eifrigen Verteidigern des Impfzwanges — unzweifelhaft im Prinzip eine weit gröfsere Beschränkung der persönlichen Freiheit als die sanitätspolizeiliche Überwachung —, die sich mit allen Kräften einer gezwungenen Einsperrung erkrankter Prostituierten in Krankenhäuser widersetzen würden.

Unter den Verteidigern der sanitären Überwachung nehmen die Hygienisten beinahe überall eine erste Stelle ein. Die Freunde dieser noch jungen Wissenschaft, voll Eifer dem Ideal einer gesunden Gesellschaft möglichst nahe zu kommen, glauben zur Beförderung dieses ohne Zweifel lobenswerten Bestrebens, was den in Rede stehenden Punkt anbelangt, kein besseres Mittel empfehlen zu können, als eine sich über alles, was Prostituierte genannt werden kann, erstreckende Aufsicht. Dies ist nach ihnen die Panacee gegen die Verbreitung venerischer und syphilitischer Krankheiten.

Untersuchen wir, ob die Anwendung dieser Ansicht in der Praxis die Lösung des Problems herbeiführen kann.

Die ehrbare Frau (wenn wir hier das Wort „ehrbar" gebrauchen, so verstehen wir darunter, dafs eine Frau, verheiratet, nur mit ihrem Manne geschlechtlich verkehrt, während sie, unverheiratet, gar keinen geschlechtlichen Verkehr hat) und die öffentliche Prostituierte sind zwei ziemlich genau zu charakterisierende Typen. Die grofse Kluft jedoch,

welche diese beiden trennt, wird von einer zahlreichen Schar von Frauen angefüllt, deren Ehrbarkeit mehr oder weniger problematisch ist.

Bis wie weit soll sich nun die ärztliche Überwachung erstrecken? Auch auf die verheiratete Frau, welche mit mehreren Männern Umgang pflegt, ohne dafs sie diesen Umgang zum Gewerbe macht? Auf diejenigen, die sich von einem einzigen Manne aushalten lassen? Auf die Dienst- und Ladenmädchen, Näherinnen, Fabrikarbeiterinnen u. s. w., welche bald mit diesem bald mit jenem einen Liebeshandel anknüpfen, ohne sich jedoch jedermann hinzugeben, und ohne dafs sie folglich zu der heimlichen (klandestinen) Prostitution gerechnet werden können, worunter wir nur diejenigen Frauen verstehen, die sich jedermann hingeben und nicht in Bordellen wohnen?

Wo ist hier die Grenze?

Um dies entscheiden zu können, rufen die Verteidiger einer sich so weit erstreckenden Aufsicht die Polizei zu Hülfe und empfehlen die Einführung einer Sittenpolizei.

Es unterliegt keinem Zweifel, dafs in diesem Falle ein beträchtlicher Teil der Privatprostitution gezwungen werden würde, sich der Aufsicht zu unterwerfen. Bei weitem der gröfste Teil aber würde sich derselben zu entziehen wissen. Jeder, der die Zustände von Berlin, Paris und Wien genau kennt, weifs, wie grofs die Anzahl derjenigen Frauen ist, welche, indem sie sich in der That jedem zur Verfügung stellen, dennoch der sanitären Aufsicht nicht unterworfen sind; eine Thatsache, die denn auch von niemand in Abrede gestellt wird.

Ist der auf diese Weise erzielte Erfolg nun wirklich ein sehr bedeutender?

Wie die Zustände jetzt sind, ist es sehr schwer, auf die Frage bejahend oder verneinend zu antworten.

Wir sind aber überzeugt, dafs in jedem Lande, wo die Prostitution gesetzlich geregelt und die Aufsicht nur auf die in Bordellen wohnhaften Frauen beschränkt ist, die Ausdehnung der Aufsicht auf die heimliche Prostitution sich auf die Dauer als eine dem allgemeinen Interesse schädliche Mafsregel herausstellen wird. Wir werden noch darauf zurückkommen.

Auch hat bei der gegenwärtig fast überall herrschenden Sachlage die Sittenpolizei eine unverkennbare Schattenseite. Nur ausnahmsweise wird man dabei über eine grofse Anzahl von geschickten und gewissenhaften Männern verfügen können; die meisten damit betrauten Beamten sind gewönhlich eben keine Muster von Geschicklichkeit und Zuverlässigkeit. Einer Unzahl von Mifsbräuchen (sogenannten Irrtümern u. s. w.) wird Thür und Thor geöffnet; Bestechung ist an der Tagesordnung. Es ist denn auch sehr fraglich, ob es klug, ihnen, wenn auch nur einstweilen, die Entscheidung über die Ehrbarkeit einer Frau zu überlassen, während

dieselbe sogar dem geübten und unparteiischen Beobachter nicht selten schwer, äufserst schwer, ja bisweilen unmöglich ist.

Der beste Standpunkt des Staates gegenüber dem Prostitutionsproblem wäre nach unserem bescheidenen Dafürhalten folgender:

1. Vor allen Dingen soll jede Gesetzgebung einen Artikel enthalten, der auf die Verbreitung venerischer und syphilitischer Krankheiten Strafe setzt. In der Broschüre *„Die Regelung der Prostitution vom juridischen und medizinischen Standpunkte* von Dr. Isidor Neumann, Professor in Wien" finde ich Art. 464 des Entwurfs eines Strafgesetzbuchs für Österreich erwähnt. Der Inhalt ist folgender:

„Wer mit einer venerischen oder syphilitischen Krankheit behaftet zu sein sich bewufst ist, und dennoch mit jemand Beischlaf pflegt, ist mit Haft zu bestrafen. Im Fall ehelichen Beischlafes erfolgt die Bestrafung nur auf Grund einer Privatanklage." Herr Dr. R. Nowak, der Bearbeiter des ersten Teiles dieser Broschüre schlägt vor, den Worten „Beischlaf pflegt" hinzuzufügen, „oder sonst irgendwie geschlechtlich verkehrt," und zwar, weil „die Syphilis nicht bloſs durch Beischlaf, sondern auch auf verschiedenartige, andere Weise, insbesondere aber durch die im geschlechtlichen Verkehre üblichen Berührungen, gleichwie durch Kuſs etc., übertragen werden kann." Unzweifelhaft ist dieser Zusatz eine grofse Verbesserung, eine mindestens eben so grofse Verbesserung wäre es unseres Erachtens, wenn man „zu sein sich bewufst" striche und anstatt dessen „ist" schriebe. Denn ob einer sich in einem gewissen Augenblick bewufst gewesen, dafs er geschlechtskrank sei, ist immer schwer zu konstatieren, sodafs manche, wie schuldig sie auch sein mögen, dennoch aufser dem Bereich des Gesetzes bleiben würden. Wir sind sogar überzeugt, dafs gerade jenes „sich bewufst gewesen ist" den ganzen Artikel in der Praxis illusorisch machen würde.

Wir möchten also folgende Redaktion vorschlagen: „Wer mit einer venerischen oder syphilitischen Krankheit behaftet ist, und" etc.

In den sehr seltenen Fällen, wo jemand in der That nicht wüfste, dafs er venerisch bezw. syphilitisch krank sei, gegen diesen Artikel verstofsen sollte, könnte mittelst eines von den Mitgliedern des betreffenden Justizkollegiums unterzeichneten, dem Oberhaupt des Staates eingereichten Gnadengesuches eine in einem derartigen Falle allzu strenge Anwendung des Gesetzes verhütet werden.

Selbstverständlich wird, wo im citierten Paragraphen von Syphilis die Rede ist, damit nur dasjenige Stadium der Krankheit gemeint, wo das Kontagium übertragbar ist. Syphilis tertiaria wird ja auch von nahezu allen Syphilidologen nicht mehr als Syphilis betrachtet. Eine allgemein anerkannte Qualifikation des unter S. tertiaria zu Verstehenden ist noch nicht gefunden. Jedem, der sich für diesen Gegenstand

interessiert, empfehlen wir angelegentlichst die Lektüre der höchst wichtigen, auch stilistisch vortrefflichen, kritisch-historischen Abhandlung von Dr. Finger, unter dem Titel „Die Syphilis als Infektionskrankheit vom Standpunkte der modernen Bakteriologie," veröffentlicht im *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Jahrg. 1890. 3. Heft.

2. Der Staat betrachtet nur die in einem Bordelle wohnhaften Frauen offiziel als Prostituierte.

Jede Frau, die in einem Bordell Wohnung nimmt, hat dafür zu sorgen, dafs die Behörde davon innerhalb zwölf Stunden in Kenntnis gesetzt wird. Von dieser erhält sie die Weisung:

a) dafs sie sich, so oft es für nötig erachtet werde, zur ärztlichen Untersuchung zu stellen habe;

b) dafs, wenn sich aus dieser Untersuchung ergeben sollte, dafs sie an einer venerischen oder syphilitischen Krankheit leide, sie dazu verpflichtet ist, sich in einem dazu angewiesenen Krankenhause aufnehmen zu lassen und daselbst entweder so lange zu bleiben, bis die Heilung als vollständig betrachtet werden könne, oder bis sie nach der Meinung der sie behandelnden Ärzte für ihre Umgebung nicht mehr gefährlich sei.

Sollte sich die Frau weigern, sich diesen Anordnungen zu unterwerfen, so würde sie zu keinem Bordell zugelassen werden dürfen.

Alle auf die Einrichtung der Bordelle, die dort zu treffenden Gesundheitsmafsregeln, die ärztliche Untersuchung, die Einrichtung der für Prostituierte bestimmten Krankenhäuser bezüglichen Anordnungen und Bestimmungen werden vermittelst Reichsgesetze von Staatswegen geregelt und nicht der Gemeindeverwaltung überlassen.

Mit denjenigen Frauen, die ohne in Bordellen zu wohnen, dennoch prostituieren, befafst sich der Staat nicht; selbstverständlich sind sie, wie jedermann der gesetzlichen Bestimmung unterworfen, nach welcher die Verbreitung venerischer und syphilitischer Krankheiten strafbar ist. Ferner wird von Obrigkeitswegen, an dazu bestimmten Plätzen, zur Kenntnis des Publikums gebracht, dafs nur die sich in Bordellen aufhaltenden Frauen unter staatlicher Aufsicht stehen.

Wenn der Staat besagte Mafsregeln ergreift, so wird — und hiervon halten wir uns fest überzeugt — das mit Prostituierten Umgang pflegende Publikum in einer nicht all zu fernen Zukunft die in Bordellen wohnenden Frauen den anderen weit vorziehen. Sollen die Mafsnahmen ihren Zweck nicht verfehlen, so mufs die Anzahl der Bordelle nicht zu klein sein, damit durch die Konkurrenz die Preise in einigen von jenen Anstalten in dem Grade fallen, dafs es auch dem weniger Begüterten möglich werde, sie zu benutzen. Aus diesem Grunde soll auch der Staat dem Zustandekommen von Bordellen möglichst wenig Hindernisse in den Weg legen und sie nicht durch übermäfsige Steuern drücken.

Wir sind uns vollkommen bewufst, dafs die vorgeschlagenen Mafsregeln einigen zu weit, den meisten aber nicht weit genug gehen. Vor allen Dingen wird vielen ein Ärgernis sein, dafs die ganze latente Prostitution von dem Untersuchungszwang verschont bleibt. Indessen mufs es unseres Erachtens jedem, der die Geschichte der Prostitution von den frühesten Zeiten an studiert und die im Laufe der Jahrhunderte behufs einer Regelung der heimlichen Prostitution getroffenen Mafsregeln genau untersucht hat, deutlich sein, dafs es eine wahre Sisyphusarbeit ist, die fluktuante Masse kontrollieren zu wollen. Wie sich die Sache jetzt verhält, mufs sich das Publikum, welches zwar weifs, dafs ein Teil der heimlichen Prostitution unter Aufsicht steht, nicht aber wie weit sich diese Aufsicht erstreckt, über die mit dem Coitus verbundenen Gefahren täuschen. Man könnte zwar einwenden, dafs jeder, der will, das betreffende Mädchen um ihre Karte bitten und darauf sehen könne, ob dieselbe zur bestimmten Zeit visiert worden; doch sind das alles Betrachtungen, die sich vortrefflich am grünen Tisch anstellen lassen, in der Praxis jedoch nicht den geringsten Wert haben. Dafs jemand eine Frau, mit der er einige Augenblicke zubringen will, um den Beweis bittet, dafs sie ärztlich untersucht worden, dürfte wohl nur ausnahmsweise vorkommen, während übrigens die Möglichkeit gar nicht ausgeschlossen ist, dafs die Frau, sogar wenn sie den verlangten Beweis vorzeigen kann, dieses dennoch nicht thun wird, weil manche unter ihnen darin etwas Erniedrigendes sehen. Die Folge davon ist, dafs beinahe niemand nach dem genannten Beweise fragt. Man sage nun, das sei dumm; die Sache ist nun einmal wie sie ist, und damit soll man rechnen. Gerade durch das zufällige Zusammentreffen kommt man meistenteils mit nicht unter Aufsicht stehenden Prostituierten in Berührung, und eben auf diese Weise wird die Syphilis am meisten verbreitet, weit weniger durch Frauen mit einer festeren Kundschaft. Das einzige Mittel, die der Gesellschaft von dieser Seite drohende Gefahr auf einen möglichst geringen Grad zu reduzieren, würde darin bestehen, dafs man durch eine scharfe Konkurrenz diese Masse in ihrem Gewerbe so benachteiligt, dafs sie zum Teil in Bordelle ziehen, zum Teil vielleicht sich nach einem einträglicheren Beruf umsehen würde. Völliges Verschwinden der Privatprostitution wird wohl immer ein frommer Wunsch bleiben.

Von einigen wird die Meinung verteidigt, dafs es nicht mehr als Pflicht und Schuldigkeit wäre, auch die Besucher der Bordelle einer Untersuchung zu unterwerfen. Vom theoretischen Standpunkte aus betrachtet, liefse sich viel dafür sagen, in der Praxis aber würde man, gesetzt, dafs unser System eingeführt würde, gerade das Gegenteil von dem erreichen, was man beabsichtigt. Ein grofser Teil des Publikums würde sich zu einer solchen Untersuchung nicht bequemen wollen und

seine Zuflucht zur Privatprostitution nehmen. Auch schon deshalb würde sich diese Maßregel als unausführbar erweisen, weil es äußerst schwer, wahrscheinlich sogar unmöglich sein würde, für diesen Zweck eine genügende Anzahl Ärzte zu finden. Die Möglichkeit, daß Bordellbewohnerinnen von außen her angesteckt werden, wird also, trotz aller gesetzlichen Anordnungen, von deren Wirkung und Strafen man sich natürlich in Bordellen wohl nie den glänzendsten Erfolg versprechen darf, immer bestehen bleiben. Und wenn auch die Prostituierte selbst die Geschlechtsteile ihres Besuchers untersuchen wollte, so würde dieses dennoch in vielen Fällen gar nichts fruchten oder nicht erlaubt werden, entweder weil ihr die nötige Sachkenntnis fehlen würde, oder weil unter dem Einfluß des Bacchus Venus die Vorsicht aus den Augen verliert, oder gar weil hier oder dort — kein schwererer Kampf als der gegen Vorurteile — eine derartige Untersuchung nicht zum guten Ton gehört.

Soll also dem Publikum eine möglichst große Gewißheit gesichert sein, so kommt es vor allen Dingen darauf an, daß die Untersuchung der Prostituierten mit der äußersten Gewissenhaftigkeit und in nicht allzu großen Zeiträumen stattfinde, und hier muß ich darauf aufmerksam machen, daß die Aufsicht fast überall sehr viel zu wünschen übrig läßt, sowohl was die Genauigkeit als die Anzahl der Untersuchungen betrifft.

In Bezug auf die Genauigkeit wird jeder Sachverständige darüber mit mir einig sein, daß, wenn auch die Untersuchung auf kontagiöse Helkose oder sogar auf Syphilis mit gehöriger Gewissenhaftigkeit stattfindet, dieses durchaus nicht der Fall ist, wo es das Konstatieren einer chronischen Blenorrhoe gilt. Daher denn auch in der bürgerlichen Praxis das größte Kontingent an Geschlechtskrankheiten von den Gonorrhoen geliefert wird. Die Ursache, weshalb gerade die chronische Blenorrhoe so oft der Aufmerksamkeit entgeht, liegt zum Teil in der Schwierigkeit der Untersuchung an sich, zum Teil darin, daß viele mit der Untersuchung beauftragte Ärzte mit den Untersuchungsmethoden unbekannt sind, wodurch eine chron. Blenorrhoe nachgewiesen werden kann. Wir kennen einen in einer ziemlich großen Stadt mit der Untersuchung beauftragten Arzt, der von der Existenz der so oft eine Quelle der Infektion bildenden Bartholinischen Drüsen nichts wußte; selbstredend hatte er auch von Gonokokken keine Ahnung. Allein, wenn auch der Arzt mit den Untersuchungsmethoden bekannt ist und sich darin hinlänglich geübt hat, so wird es ihm, infolge der vielen Untersuchungen, die ihm bei der jetzigen Organisation obliegen, oft an der Zeit fehlen, sich mit der erforderlichen Gewissenhaftigkeit mit der Sache zu beschäftigen. Zur Verbesserung dieses Zustandes soll der Staat:

1. nur solche Ärzte ernennen, die vollständig auf der Höhe der jetzigen Wissenschaft stehen,

2. dafür sorgen, dafs die Anzahl der Untersuchungen nicht zu, grofs sei,

3. behufs der Untersuchung Lokalitäten zur Verfügung stellen, welche mit allen Hülfsmitteln der Wissenschaft versehen, und was sehr wichtig ist, gut erleuchtet sind.

Hieraus geht schon hervor, dafs wir die Untersuchung à domicile grundsätzlich verwerfen, und nur ausnahmsweise dort gestatten möchten, wo der Besitzer des Hauses dem Arzte ein allen Anforderungen genügendes Lokal zur Verfügung stellen kann; in allen anderen Fällen glauben wir nachdrücklich davor warnen zu müssen, dafs die Untersuchung in den Bordellen selbst erlaubt werde.

(Fortsetzung folgt.)

Über den Nachweis des Mucins in Geweben mittelst der Färbemethode. Von A. Hoyer. (*Archiv f. mikroskop. Anatomie* Bd. XXXVI.) Das Mucin wird von den basischen Theerfarbstoffen intensiv gefärbt, während die sauren Farben sich in dieser Hinsicht als fast wirkungslos darstellen. Das Karmin zeigt viel Analogie zu den letzteren, während die alaunhaltigen Haematoxylinlösungen sich den basischen Farbstoffen ähnlich verhalten. Als gute und intensive Mucinfärbungen erwiesen sich Methylenblau, Bismarckbraun, Vesuvin, Safranin schon in stark verdünnten Lösungen. Das beste Färbemittel für Mucin ist das Thionin oder Lauthsches Violett, welches metachromatisch färbt, d. h. Gewebe, Zellprotoplasmen und Kerne hellblau, das Mucin rot-violett. Da dieser Farbstoff jedoch nur für wissenschaftliche Zwecke dargestellt wird, suchte H. nach ähnlich färbenden Farbstoffen des Handels. Dies sind 1) ein von J. Rudolph Geigy & Co., Basel, stammendes, Amethyst genanntes Thionin. 2) Zwei als Toluidinblau bezeichnete Farbstoffe aus der Höchster Fabrik. Das Thionin und seine Derivate geben die intensivste, dauerhafteste, zuverlässigste und am meisten charakteristische Mucinreaktion.

Die zu untersuchenden Organteile kommen auf 2—8 Stunden in eine 5%ige Sublimatlösung in Wasser und hiervon in Alkohol 80%. Auswaschung mehrere Tage hindurch mit frischem Alkohol, dann Entwässern in absolutem Alkohol, Xylol, Paraffin, oder Chloroform, Chloroform + Paraffin und endlich Einschmelzen in Paraffin. Die Schnittserien werden auf einer Glimmerplatte ausgetrocknet. Auflösen des Paraffins mittelst Xylols und Chloroforms, dann Alkohol und endlich die Farblösung, von hier in reinen Alkohol, dann absoluten Alkohol, ätherisches Öl, Kanadabalsam. Zur Färbung wandte H. sehr verdünnte Lösungen an: 2 Tropfen der gesättigten, wässerigen Lösung des betreffenden Farbstoffes auf ein Uhrschälchen Wasser. Dauer der Färbung 10—15 Minuten.

Ähnliche Verwandtschaft zu den Farbstoffen und ähnliche Metachromie wie das Mucin bei Färbungen mit Saffranin und Thionin zeigen noch das Knorpelgewebe, das gelatinöse Gewebe und die Mastzellenkörner. *Török-Paris.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der Ausscheidungsdauer des Quecksilbers. Von Heinrich Stein. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1890. No. 52). St. konstatiert die nicht

unterbrochene, rege, mit der Wage bestimmbare Ausscheidung des Quecksilbers nach subkutanen Injektionen auch Monate nach der Einführung des Mittels mit Sicherheit. Nach länger andauernder Behandlung mit Quecksilberpflaster wurden ebenfalls 3—4 Wochen nachher wägbare Mengen von Hg. abgeschieden. Das Gleiche wurde hintichtlich der Einreibungen konstatiert. Zur Injektion waren Ol. ciner. 30—50% von der Gesamtmenge von 0,10—0,45 cm³ angewendet worden. *Török-Paris.*

Klinischer Bericht über 410 dermo-syphilidologische Krankheitsfälle, von Dr. Stanziale. (*Gazz. osped.* 1890). Unter den vom Verf. berichteten seltenen Fällen sind folgende erwähnenswert: Ein Fall von multiplem Epitheliom des Gesichtes, welches sich auf alten Narben entwickelt hatte, und mit Hülfe eines Erysipels geheilt wurde; ein Fall von idiopathischem, melanotischem Hautsarkom, welches an der ganzen Hautbedeckung zu sehen war; ein Fall von Dermatitis universalis exfoliativa (ob auch die Nägel und Haare von dem Krankheitsprozeſs ergriffen wurden, ist aus dem Berichte nicht zu ersehen. Der Referent). Es folgt dann ein Fall von Erythema scarlatiniforme bei einem syphilitischen Individuum, entstanden nach einer hypodermatischen Kur, und ein Fall von Dermatitis exfoliativa universalis, welche auf einen Pemphigus folgte.

Aus den therapeutischen Notizen ist die von Prof. de Amicis mit gutem Erfolge angewendete Behandlung mit hypodermatischen Injektionen von bernsteinsaurem Quecksilberoxyd bemerkenswert. Dasselbe wird in folgender Weise verschrieben:

Hydargyr. succinimid.
Cocaini hydrochlor. ⅔ 0,1
Aquae dest. g 10,0.
M. filtra, detur ad vitrum nigrum.

Man beginnt mit ¼ Pravazscher Spritze und steigert dann bis zu einer ganzen.

Tommasoli-Modena.

Über Sublimatintoxikation, von Bernhard Heidgen. (Bonn, 1890. Dissertat.) V. bringt nach Aufzählung der bisher veröffentlichten Fälle und Schilderung des klinischen Bildes zwei neue Fälle von Sublimatintoxikation aus der Bonner Hautklinik Der erste Fall betraf ein conamen suicidii; Pat. trank etwa ½ gr Sublimat in 0,5 % Lösung, der zweite Fall ist noch instruktiver, da er infolge einer Uterusausspülung mit 0,5 ‰ Sublimatlösung zu Stande kam. Beide Fälle genaſsen.

Am Schluſs schildert V. das pathologisch-anatomische Bild der Sublimatvergiftung auf Grund früherer vorliegender Sektionsergebnisse. *Hahn-Bremen.*

Über das Kochsche Heilmittel gegen Tuberkulose.

Wiener Brief.

Wien, Ende März 1891.

Indem wir im Folgenden in knappen Zügen über die Thätigkeit der „Wiener Dermatologischen Gesellschaft“ im Winter 1890/91 — die als eine sehr erfolgreiche bezeichnet werden darf — berichten wollen, möchten wir uns nicht auf eine formelle Aufzählung von Thatsachen beschränken, sondern zunächst von einer allgemeinen Erwägung ausgehen, zu welcher

das Kochsche Heilverfahren, das die Dermatologen in diesem Semester so sehr beschäftigte, Anlafs gibt.

Man kann nämlich behaupten, dafs im ersten Quartale die erwähnte Heilmethode das Interesse der Fachgenossen fast ganz absorbierte. Bezog sich doch die erste Kunde von überraschenden Heilerfolgen der Injektion auf Lupus, und erst später kamen jene Meldungen der Kliniker, welche die mit „Kochin" erzielten Resultate in so günstigem Lichte erscheinen liefsen, dafs selbst hochgespannte Erwartungen übertroffen zu sein schienen.

Was die mit der Kochschen Flüssigkeit bei Lupus, Lepra und einigen andern Dermatosen durch Kaposi, Hebra, Neumann u. a. angestellten Versuche und den Grad betrifft, in dem sich das Mittel bewährte, so sind die diesbezüglichen detaillierten Mitteilungen noch zu frisch im Gedächtnisse, um die Ergebnisse hier rekapitulieren zu müssen. Man kann nur sagen, dafs die Meisten, die vor dem Virchowschen Auftreten den eminenten diagnostischen und therapeutischen Wert des Mittels priesen, seither ihre Ansicht in diesem Punkte modifizierten. Aber eben, weil es jetzt den Anschein hat, als sollte die Frage der Brauchbarkeit der Kochschen Injektion ganz im Sande verlaufen, halten wir es nicht für überflüssig unsere Ansicht über die Anwendbarkeit des Mittels bei gewissen Dermatosen zu skizzieren.

So wenig wir vorher in der Reihe derjenigen standen, die in Kochs Verfahren die endgiltige praktische Lösung des uralten Problems, einer Heilung der Tuberkulose, erblickten, so wenig schliefsen wir uns heute den Pessimisten an, die die Kochsche Methode als abgethan, ja beinahe als etwas betrachten, wovon man in guter medizinischer Gesellschaft gar nicht reden sollte.

Nur der unvermittelte Umschwung von allgemeiner Begeisterung zum abfälligsten Urteile fällt hier auf, — nicht aber die Thatsache an sich, dafs das Kochsche Mittel jetzt leidenschaftlich bekämpft wird. Wir brauchen ja nicht auf die alltägliche Erfahrung hinzuweisen, dafs fast jede neue Idee mit der traditionellen Auffassung gewissermafsen einen Kampf ums Dasein auszufechten hat; weil die Geschichte der Medizin genug Analogieen dafür bietet, welchen Anfechtungen mitunter die wertvollsten Neuerungen ausgesetzt sind. Die Schutzpockenimpfung, die Merkurialbehandlung, selbst die weit unschuldigere Atropininjektion fanden geharnischte Gegner. Nur zeigt sich ein interessanter Unterschied in der ersten Stellungnahme der Ärzte darin, dafs während sonst neue Methoden, beispielsweise die antiseptische Wundbehandlung, alle Gegner (— in diesem Falle die Verfechter der offenen Wundbehandlung —) auf der ganzen Linie sofort zur Abwehr bereit fanden, die Kochsche Methode anfangs nur Anhänger und Bewunderer fand. Es war schon

viel, dafs sich an der hiesigen Schule einige Stimmen vernehmen liefsen, man möge einige Zeit mit dem Urteile zurückhalten. Dafs das Mittel ungewöhnliche Aufmerksamkeit erregte, kann nicht überraschen, da es sich um die Heilung der Tuberkulose, dieser Geifsel des Menschengeschlechtes, also implicite auch um den Lupus handelte. Aufserdem hoffte man die Methode gegen andere bacilläre Erkrankungen in Anwendung bringen zu können.

Nun geschahen aber 3 Fehler, denen es zugeschrieben werden kann, dafs heute das Kochsche Verfahren so in Mifskredit geriet, dafs man selbst dem Ingenium Kochs nicht volle Gerechtigkeit widerfahren läfst.

Zunächst kamen die ersten Mitteilungen über eine Heilung der Tuberkulose — wie die treuesten Anhänger des Forschers zugeben werden — zu früh. Manche Widersprüche, die sich zwischen der 1. und 2. Mitteilung Kochs rücksichtlich der Indikation des Mittels, seines Einflusses auf die Bacillen, seiner Wirksamkeit etc. beziehen, lassen erkennen, dafs Koch selbst zur Zeit der ersten „vorläufigen" Publikation über die Wirkungen der Injektion zu keiner endgiltigen Überzeugung gelangt war. Es fehlte eben die Erfahrung an einem reichen Krankenmateriale, die allein den praktischen Wert der **Injektion (also nicht der Methode)** hätte bestätigen können.

Nun trafen sich aber klinische Berater, die das Mittel — wie es sich herausstellt — nicht mit genügender Ruhe und naturwissenschaftlicher Strenge prüften, und mit ihrem Optimismus Kochs Anschauungen über den diagnostischen Wert und den Indikationskreis seines Mittels beeinflufsten.

Endlich gesellte sich zu diesen zwei Übeln das dritte und gröfste, welches unsere Zeit charakterisiert: wir meinen das Aufgreifen der streng medizinischen Angelegenheit durch die nicht fachliche Tagespresse. Was seiner ganzen Natur nach in jenem Anfangsstadium nur im Laboratorium und am Krankenbette geprüft, dann im exklusivesten Forscherkreise hätte zur Diskussion gelangen sollen, wurde feuilletonistisch in überschwenglicher Weise behandelt. Eine Bewegung wurde dadurch hervorgerufen, die wohl wenige Beispiele in der Geschichte der Medizin findet. Durch den Druck der öffentlichen Meinung sah sich der Forscher genötigt früher, als er es beabsichtigt haben mochte, das letzte Wort über das Mittel zu sprechen.

So niedrig gestimmt nun auch heute die Erwartungen bezüglich des Kochschen Mittels sind, so erlauben wir uns doch demselben eine bessere Zukunft zu prognostizieren.

Freilich wird man die Darstellungsweise des Bacillenextraktes genauer kennen und in betreff der Dosierung eine verläfsliche Basis gewinnen, mit einem Worte sehr eingehende und vielfache Studien

mit dem Mittel machen müssen. Dafs aber die Idee selbst siegreich aus dem Kampfe hervorgehen wird, das zu erwarten berechtigt die Methode, nach welcher KOCH zu seinem Mittel gelangte. Sie zeigt uns KOCH nicht allein als Synthetiker, der sich zu einem grofsen Gedanken aufschwingt, sondern auch als Analytiker, der schrittweise, nach unermüdlichen Versuchen den Gedanken durchführt.

Wir resumieren also, dafs früher oder später unter den bezeichneten Bedingungen die KOCHsche Methode eine Bereicherung auch für die Therapie der Dermatosen werden mufs. —

In diesem Semester wurden der „Derm. Gesellschaft" einzelne Fälle von **Pityriasis rubra pilaris** vorgestellt, bei welchen Gelegenheiten die divergierenden Anschauungen der Wiener Dermatologen hinsichtlich der Natur dieser Dermatose wieder hervortraten; es ist jedoch nicht zu verkennen, dafs zufolge der fortgesetzten, objektiven Diskussion der Weg zu einer Einigung der Anschauungen angebahnt wurde.

Aufserordentlich interessant war ein Fall von **Hautmyomen**, welcher Herrn Dr. LUKASIEVIC Anlafs zu einem, durch mikroskopische und klinische Details lehrreichen und den Gegenstand erschöpfenden Vortrag gaben.

Aber auch wertvolle Mitteilungen über theoretische und experimentelle Studien — namentlich auf dem Gebiete der Pharmakologie — sind im verflossenen Semester der Gesellschaft gemacht worden. Wir verzeichnen besonders den interessanten Vortrag des Herrn Dr. PASCHKIS über Seifen und die Hautresorption medikamentöser Mittel.

Die Bedeutung der „Dermatologischen Gesellschaft", wo im engsten Fachgenossenkreise und im kollegialsten Verkehre ein reger Meinungsaustausch über dermatologische Fragen möglich wird, braucht wohl nicht erst hervorgehoben zu werden. Wo immer eine Association von Fachvertretern zu gemeinsamer Forschung stattfindet, sei es auf zeitweiligen Kongressen, oder in ständigen Vereinen und Gesellschaften, kann eine segensreiche Rückwirkung auf das Fach nicht ausbleiben. So bestätigt sich die Voraussicht BACONS, der einerseits von dem unerschütterlichen Fortschreiten auf induktivem Wege, andererseits von einem Zusammenwirken aller Forscher die ersehnte „Restauratio litterarum" erwartete.

Dr. E. SCHIFF.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XII. No. 9. 1. Mai 1891.

Die Syphilis bei den alten Babyloniern und Assyriern.

Eine historische Skizze

von

J. K. Proksch in Wien.

Die Ergebnisse der Altertumsforschungen, welche in der jüngsten Zeit einen wahrhaft grofsartigen, vorher ungeahnten Aufschwung genommen haben, beleuchten mit immer mehr und immer helleren Strahlen nach und nach alle Zweige historischer Wissenschaft.

So bieten auch die umfänglichen litterarischen Schätze der assyrisch-babylonischen Hofbibliothek des Königs Asurbanipal (Sardanapal), welche der berühmte Archäologe, Hormuzd Rassam, im Jahre 1854 teilweise aus den Trümmerhaufen des alten Niniveh zu Tage förderte, und an deren Deutung nun schon ein ganzes Menschenalter hindurch eine ansehnliche Reihe gelehrter Forscher ununterbrochen und emsig arbeitet, der Geschichte der Medizin, besonders aber der Syphilidologie mancherlei Aufklärungen; und dies nicht nur unmittelbar über die Syphilis bei den alten Babyloniern und Assyriern, sondern mittelbar auch über dieselbe Krankheit bei den übrigen orientalischen Völkern des Altertums.

Unter den 30,000 Keilschrifttafeln und Tafelfragmenten des Britischen Museums befinden sich zwölf, auf denen die geradezu sensationelle Izdubar-(Nimrod) Sage abgehandelt wird. Leider ist von diesen zwölf Tafeln keine vollständig; sechs davon zeigen allerdings nur kleine Lücken, die übrigen sind jedoch nur bruchstückweise vorhanden; aber dennoch gelang es dem bewunderungswürdigen Scharfsinn und dem ausdauernden Fleifse der Assyriologen den Sinn und Zusammenhang dieser altbabylonischen Heldensage herauszulesen und damit die Geschichte des Altertums durch ein nach verschiedener, besonders aber in litterarischer, religionshistorischer und mythologischer Richtung wichtiges Schriftstück zu bereichern. Selbstverständlich kann an dieser Stelle nicht das ganze Epos, sondern nur das Syphilidologische und was zum Verständnis desselben unumgänglich notwendig ist, berücksichtigt werden.

Dem Götterhelden Izdubar (Nimrod) erklärt Istar (die Göttin der sinnlichen Liebe, der Fruchtbarkeit, des Kampfes etc., auch Mutter des Götter- und Menschengeschlechts) ihre Liebe und „ich will dein Weib

sein", was er jedoch in höchst ungalanter Weise refüsiert. Für diese Schmach verlangt Istar von ihrem Vater Anu im Himmel Genugthuung. Ein riesiges Ungetüm, der Himmelsstier, wird gegen Izdubar und seinen Freund Eabani, von welchem nachher etwas ausführlicher gesprochen werden soll, losgelassen; letzterer faſst das Ungeheuer, wie dies der Abdruck eines altbabylonischen Siegelcylinders anschaulich darstellt, mit gewaltigen Fäusten bei einem Horn und bei der Wurzel des Schwanzes, während Izdubar das Herz des Untiers mit irgend einer nicht deutlich gekennzeichneten Waffe durchbohrt. Einen gräſslichen Fluch, welchen die Göttin Istar von den Mauern Erichs gegen die Töter des Himmelsstieres schleudert, beantwortet Eabani damit, daſs er den ibattu (Penis, Genitalien) des Stieres herausreiſst und ihn der erzürnten Göttin ins Gesicht wirft. Ein wohl begreiflicher neuer Fluch der Göttin; darauf eine Wehklage derselben und auch ihrer Tempeldienerinnen über den ibattu des Himmelsstieres. Eabani stirbt nach einem zwölftägigen Krankenlager; Izdubar wird, wie RUDOLF ZEHNPFUND[1] übersetzt „mit ekler schmerzhafter Krankheit", mit „einem ekelhaften Leiden", nach ALFRED JEREMIAS[2] mit „Aussatz" geschlagen. Wegen Heilung dieser Krankheit und um das Geheimnis seiner Apotheose zu erfahren, beschlieſst Izdubar zu seinem bereits zu den Göttern versammelten Ahnherrn Sît-napištim (d. h. Lebenssprofs) zu wandern. Nach allerlei Abenteuern, die, wie bekannt, auf dem langen Wege zur Unterwelt immerdar zu bestehen sind, und der Erledigung mehr oder minder wichtiger Angelegenheiten in der endlich erreichten Unterwelt kommt Sît-napištim nun auch auf die Krankheit Izdubars und spricht zu seinem Weibe: „Schaue an den Mann, der Genesung (eigentlich Leben) fordert, Schlaf gleich einem Sturmwind hat ihn überfallen". Beide besprechen darauf den Heilplan; das Weib veranschlagt: „Bezaubere ihn, der Mann mag die (Zauber)speise essen, den Weg, den er kam, soll er gesund zurückkehren". Sît-napištim antwortet seinem Weibe: „Das Weh des Menschen schmerzt dich, wohlan, koche ihm die Speise, lege sie ihm auf das Haupt". Im Text heiſst es weiter: „Und zur Zeit da er (Izdubar) schlief am Bord seines Schiffes, kochte sie ihm die Speise, um sie ihm auf das Haupt zu legen ... zum ersten wurde zubereitet seine Speise, zum andern wurde sie gehäutet, zum dritten benetzt, zum vierten reinigte er sein Gefäſs, zum fünften that er Greisenalter hinzu, zum sechsten wurde es gekocht, zum siebenten verzauberte er ihn plötzlich: Da aſs der Mann die Zauberspeise".

---

[1] ZEHNPFUND. Altbabylonische Götter- und Heldensagen. Das babylonische Nimrod-Epos. — In: *Beilage zur Allgem. Ztg.*, München, 1891. No. 47, 48; Beilage Nummern 39, 40.

[2] JEREMIAS. *Izdubar-Nimrod. Eine altbabylonische Heldensage.* Nach den Keilschriftfragmenten dargestellt. Leipzig, 1891. 8°, pp. VII, 73 u. 4 Taf.

Diese interne Medikation muſs jedoch entweder völlig wirkungslos gewesen sein, oder gleichsam nur als Vorbereitungskur gedient haben, denn nach etlichen Wiederholungen und einigen teils unbedeutenden teils verstümmelten Stellen des Textes dieser elften, in allen Beziehungen wichtigsten Keilschrifttafel klagt Izdubar: „Wohin soll ich gehen? Meine ..... hat der Totengeist erfaſst, auf meinem Lagerort wohnt der Tod und der Ort [auf den du mein Schiff (?)] gestellt hast, er bedeutet Tod!“

Hierauf veranlaſst Sît-napištim, daſs der Kranke aus dem Gewässer des Todes von dem Fährmann Arad-Ea zum Lebensquell geführt werde und sagt: „Der Mann, den du geführt hast, ist an seinem Leibe mit Beulen bedeckt, Aussatzhäute haben vernichtet die Anmut seines Leibes. Nimm ihn, Arad-Ea, zum Reinigungsort bringe ihn, seine Eiterbeulen möge er im Wasser rein waschen wie Schnee, er thue ab seine Häute, das Meer führe sie fort — gesund werde erschaut sein Leib. Es soll erneuert werden die Binde seines Kopfes, die Hülle, die ihn umkleidet als Schamgegend; bis er kommt in sein Land, bis er gelangt auf seinen Pfad, soll die Hülle nicht Falten werfen, ganz neu soll sie sein“. Ohne Unterbrechung folgt: „Da nahm ihn Arad-Ea, führte ihn zum Reinigungsort, seine Beulen wusch er im Wasser wie Schnee, er that ab seine Häute, das Meer trug sie fort — gesund wurde erschaut sein Leib. Er erneuerte seine Kopfbinde, die Hülle, die ihn als Schamgegend umkleidete; bis er käme in sein Land, bis er gelangte auf seinen Pfad, [sollte die Hülle nicht Falten werfen], neu sollte sie sein“.

Die Art der Erkrankung des Helden läſst sich schon aus den mythologisch-pathogenetischen Daten dieser altbabylonischen Sage mit einiger Sicherheit vermuten; hatte er sich doch mitsamt seinem Freunde gegen die Göttin der sinnlichen Liebe auf das gröblichste verständigt; besonders aber weiset die Verunglimpfung des ibattu des Himmelsstieres, in welcher wir nach den Wehklagen der Istar und ihrer Tempeldienerinnen über den ibattu zu schlieſsen, jedenfalls einen Frevel gegen den also auch bei den alten Babyloniern und Assyriern gepflogenen Phalluskultus erblicken müssen, auf die Beschaffenheit der Strafe oder Rache hin. Durch eine entsprechende symptomatologische Bemerkung im therapeutischen Teil wird jedoch die Erkrankung Izdubars als Syphilis auſser jeden Zweifel gestellt: „Die Hülle, die ihn umkleidet als Schamgegend soll nicht Falten werfen, ganz neu soll sie sein,“ kann doch nicht anders verstanden werden als: die Hülle über oder an seinen Genitalien soll nicht durch pathologische Sekrete verunreinigt und runzelich oder faltig gemacht werden, neu, d. h. rein soll sie sein!

Nicht ebenso sicher zu stellen wie die Krankheit Izdubars, ist die seines Freundes, des Tiermenschen, Eabani; obwohl sie augenscheinlich dieselbe Genesis hat. Wir erfahren aus der Totenklage Izdubars um

seinen Freund: „Nicht der Laurer des Nergal, des schonungslosen, hat ihn weggerafft, nicht die Pest hat ihn weggerafft, nicht die Schwindsucht hat ihn weggerafft, nicht der Ort der Männerschlacht hat ihn geschlagen, die Erde hat ihn weggerafft". Damit kann doch nur ausgedrückt sein, daſs Eabani keiner gewöhnlichen Krankheit erlegen und auch nicht den Heldentod gestorben sei. „Die Erde hat ihn weggerafft" oder verschlungen, ist jedenfalls nicht buchstäblich zu nehmen, da wir von seinem zwölftägigen Krankenlager wissen.

Einiges Licht über die Krankheit Eabanis bringt ein Tafelfragment, welches nach der Meinung von Alfred Jeremias dem Inhalte nach nur zu einer Stelle der achten oder zwölften Keilschrifttafel gehören kann, räumlich aber weder in die Lücken der einen noch der anderen Tafel paſst und sonach ein Bruchstück einer anderen Relation desselben Epos sein kann. Alfred Jeremias berichtet über dieses Fragment folgendes: „Die Erwähnung des Sâdu und der Uhat (Rudolf Zehnpfund schreibt Uchat) und die Anrede „„mein Freund"" zeigt, daſs Eabani redet. Auf der Vorderseite verflucht er die $U_h$at, die ihm samt der List des Sâdu „„Fluch gebracht hat"". Er wünscht ihr „„daſs sie eingeschlossen wird in das groſse Gefängnis"", verwünscht ihre „„Reize, ihre Schwestern, ihre Mägde."" — Auf der Rückseite desselben Fragmentes schildert Eabani die Bewohner der Unterwelt, aus welcher er eben durch eine Beschwörung Izdubars citiert wurde, und erwähnt darunter auch die „Tempelsalber der groſsen Götter", was allerdings nur sehr gezwungen in eine Beziehung zu irgend einer Krankheit überhaupt, oder zu der des Eabani zu bringen wäre. Anders verhält sich dies jedoch mit dem Fluch gegen die Uchat auf der Vorderseite des Fragmentes; denn auf der zweiten Tafel des Zwölftafelepos erfahren wir in sehr breitspuriger Weise, daſs Eabani, noch bevor er Izdubar kennen lernte, von der Hierodule Uchat verführt wurde; die Stelle schlieſst mit den Worten: „6 Tage und 7 Nächte näherte sich Eabani der Uchat, der Geliebten. Nachdem er sich gesättigt hatte an ihrer lalû, wandte er sein Antlitz etc."

Eine andere Begegnung hatte aber Eabani mit der Uchat nicht mehr, nachdem sie ihn zu Izdubar geführt hatte. Alfred Jeremias fragt wohl, ob mit dem Fluche Eabanis gegen die Uchat nicht die Istar, in deren Dienst die Hierodulen stehen, gemeint ist; aber es läſst sich gar kein Grund auffinden, warum Eabani nun auf einmal so galant sein und der Istar, welcher er doch den Penis des Himmelsstieres ins Gesicht geschleudert hatte und daher ihrer Rache jedenfalls gewärtig sein muſste, nicht direkt fluchen, Krankheit und Tod nicht direkt zuschreiben sollte? Es liegt doch viel näher anzunehmen, daſs Eabani der Uchat deshalb fluchte, weil er den Ursprung seines Leidens der sechstägigen Schwelgerei mit dieser zuschrieb.

Noch ein anderer Umstand läfst sich geltend machen, wonach die Krankheit Eabanis wahrscheinlich ebenfalls Syphilis war: Bevor Izdubar die Wanderung zu seinem Ahn in die Unterwelt antritt sagt er: „Ich will nicht wie Eabani sterben". Es ist doch wohl kaum Silbenklauberei zu nennen, wenn man annimmt, dafs Izdubar auch geradeso krank, d. i. mit der nämlichen Krankheit behaftet sein mufste, wie Eabani, sonst hätte er nicht fürchten können, so wie dieser zu sterben. Wenn Eabani sein Übel daher der Uchat zuschrieb, so läfst sich daraus eben nur schliefsen, dafs auch die alten Babylonier bereits an eine zweifache Entstehungsursache der Krankheit glaubten: einmal an die Rache oder Strafe der beleidigten Göttin, wie bei Izdubar, und dann an die Folgen geschlechtlicher Ausschweifung, wie bei Eabani; denn das „6 Tage und 7 Nächte währende Sättigen an der lalû der Geliebten" mag denn doch auch den Begriffen der alten orientalischen Völker etwas übertrieben, und darum strafwürdig oder gesundheitsschädlich vorgekommen sein. Zudem begegnen wir denselben Anschauungen auch bei anderen alten und noch vielen späteren Völkern.

Es wäre überflüssig gewesen der Krankheit des Eabani weiter nachzuspüren, da dieselbe ja bei Izdubar festgestellt werden konnte, und somit dem eigentlichen Zwecke: die Existenz der venerischen Erkrankungen, speziell der Syphilis auch bei den alten Babyloniern und Assyriern nachgewiesen zu haben, Genüge geleistet war; aber der Name der Hierodule, Uchat, gemahnt allzu laut an die Uchet-Krankheit, die uχedu oder uχetu d. i. die Syphilis der alten Ägypter. Doch mufs die Entscheidung über diesen letzteren, sehr wichtigen Punkt den Sprachforschern anheimgestellt bleiben.

Das Izdubar (Nimrod)-Epos ist unter der Regierung Sardanapals, also im siebenten Jahrhunderte vor unserer Zeitrechnung, aufgezeichnet und hatte sich vordem jedenfalls schon durch viele Generationen in dem Munde des Volkes fortgepflanzt.

Noch sind nicht alle litterarischen Schätze des alten Niniveh gehoben; noch sind die im Britischen Museum untergebrachten erst zum kleinsten Teil verwertet und übersetzt, denn erst seit wenigen Jahren besteht, wie der Assyriologe Rudolf Zehnpfund sagt: „eine wissenschaftliche Methode der assyriologischen Forschung". Wir haben demnach für die Zukunft noch bedeutende Bereicherungen für die Altertumskunde zu erwarten.

Notiz, betreffend die TAENZERsche Orceinfärbung des elastischen Gewebes.

Von

P. G. UNNA.

Seitdem ich auf der Bremer Naturforscherversammlung über diese ausgezeichnete Methode der Elastinfärbung Mitteilung machte, sind mir von verschiedenen Seiten teils Bestätigungen teils Anfragen auf privatem Wege zugegangen. Die letzteren bezogen sich einerseits auf die früher von mir gegebene Formel der Färbflüssigkeit, andererseits auf den Gebrauch derselben zum Nachweis des Elastins in anderen Organen und Geweben, im Ovarium, in der Lunge, im Kehlkopf, im Sputum u. s. f. Da ich zudem selbst täglich den Nutzen einer guten Elastinfärbung zum Studium normaler und pathologischer Gewebe mehr und mehr schätzen gelernt habe, erscheint mir ein erneuerter Hinweis auf die praktischste Form der Anwendung dieser Methode nicht überflüssig zu sein.

Zwei Punkte sind es, die den Gebrauch dieser Methode bisher eingeschränkt und in den Händen von einigen Kollegen vielleicht sogar diskreditiert haben. Zunächst sind die unter dem Namen Orcein gelieferten Farbstoffe unter sich sehr ungleich und die für die Färbung des Elastins in Betracht kommende Substanz im besonderen ist in denselben in sehr verschiedenen Quantitäten vorhanden. Sodann ist für den einzelnen Fall das betreffende Gewebe, sein Reichtum an Elastin, Keratin und sonstigen festeren Substanzen, seine Vorbehandlung, Härtung etc. für die genauere Formel der Farbflotte von wesentlicher Bedeutung. Das von mir mitgeteilte Recept bezog sich daher, wie ich jetzt weifs, nur auf ein bestimmtes (von GRÜBLER bezogenes) Orcein und auf in Alkohol gehärtete Haut und es ist nicht ratsam, eine bestimmte, unveränderliche Formel für diese Methode aufzustellen.

Andrerseits hat sich aber gezeigt, dafs sich mittelst der sauren Orceinlösung in sämtlichen Organen und bei allen pathologischen Geweben das Elastin auf das schönste und einfachste isoliert darstellen läfst. Aufser der Einfachheit der Methode hat sich die Leichtigkeit, Doppelfärbungen mittelst derselben herzustellen, als ein solcher Vorzug erwiesen, dafs alle anderen denselben Zweck verfolgende Färbungen, wie die von LUSTGARTEN, HERXHEIMER, MARTINOTTI, MIBELLI, MANCHOT und meine eigene in meinem Laboratorium zu Gunsten der TAENZERschen definitiv verlassen sind.

Das Prinzip derselben ist das der durch Säuren abgeschwächten Farblösungen. Für das Orcein speziell in Betracht kommt die Eigenschaft dieses Farbstoffs, bei Säurezusatz, nur in einer gemischt wässrig-spirituösen Lösung gut anzufärben. Daher kommt es hier nicht bloſs auf den Säuregrad an, sondern auf das Verhältnis der Säure zum gemischten Lösungsmittel. Haben wir beispielsweise eine saure Orceinlösung dargestellt, finden aber bei der Ausfärbung, daſs das Elastin relativ zu schwach, Protoplasma und Kollagen zu stark hervortritt, so bedürfen wir für eine nächste Ausfärbung allerdings eines höheren Säurezusatzes, müssen aber Sorge tragen, daſs zugleich der Spiritus und Wasserbestand der Lösung dadurch nicht alteriert wird, da sonst wiederum keine befriedigende Färbung resultiert.

Die anfangs erwähnten Verschiedenheiten des Orceins selbst und des zu färbenden Materials brachten es nun mit sich, daſs eigentlich jeder unter meiner Aufsicht arbeitende Kollege seine eigene Formel der Lösung herausfand und daſs bei jeder neu dargestellten Quantität der Lösung das Ausprobieren und das lästige Verändern der fertigen Farblösung von neuem begann.

Ich habe diese in der Sache begründeten Schwierigkeiten erst seit einiger Zeit dadurch definitiv überwunden, daſs ich gar keine saure Orceinlösung mehr vorrätig halte, sondern eine neutrale und daneben eine Säuremischung und für ein bestimmtes zu bearbeitendes Gewebe das richtige Verhältnis beider durch einen Vorversuch jedesmal ausprobiere, was sich durch eine einzige Ausfärbung über Nacht erreichen läſst. Ich benutze jetzt meist die folgenden Formeln:

Farblösung.		Säuremischung.	
Orcein	0,1	*Acid. mur. conc.*	0,1
Spiritus (95 %)	20,0	*Spiritus* (95 %)	20,0
Aq. dest.	5,0	*Aq. dest.*	5,0
M. D. im Tropfglase.		M. D. im Tropfglase.	

In diesen beiden Lösungen ist das Verhältnis von Wasser und Spiritus vollkommen gleich,[1] so daſs sich bei jedem beliebigen Verhältnisse beider dasselbe in der Mischung auch gleich bleiben muſs. Um nun dieses definitive Mischungsverhältnis füs das gegebene Orcein und das gegebene Gewebe kennen zu lernen, gieſst man in 6—10 Uhrschälchen je 10 Tropfen der Farblösung und dazu, von einem Schälchen zum anderen um einen Tropfen steigend, je 5—10—14 Tropfen der Säuremischung. In jedes Uhrschälchen kommen 1 bis 2 Schnitte und dieselben werden dann durch eine gemeinschaftlich darüber gelegte Glasplatte gut zugedeckt. Nach 12 Stunden werden die Schnitte einzeln in

[1] Ich finde es vorteilhaft, den Spiritusgehalt höher zu nehmen als in meiner früheren Formel.

einem Tropfen Glycerin untersucht und man kann dann sofort das definitive Mischungsverhältnis bestimmen. Diejenige Mischung war die richtige, in welcher die elastischen Fasern sich gesättigt, glänzend dunkelbraun von dem weit schwächer gefärbten Gewebe abheben. Es ist gut, wenn in letzterem die verschiedenen Bestandteile sich noch etwas, wenn auch schwach differenzieren. Jedenfalls nehme man für das definitive Mischungsverhältnis lieber eine etwas zu geringe Quantität der Säuremischung als eine zu grofse, da eine relativ zu starke Mitfärbung des übrigen Gewebes leicht durch Entfärben zu korrigieren ist, ein zu schwaches Hervortreten auch der elastischen Fasern jedoch eine Wiederholung der Färbung notwendig macht.

Eine solche Entfärbung des zu stark mitgefärbten Kollagens, Nukleins u. s. f. geschieht in derselben Säuremischung am besten, welche für die Färbflotte als Zusatz benutzt wurde. Ich ziehe es überhaupt vor, die Schnitte stets etwas zu überfärben und sie in einigen Tropfen der Säurelösung unter einer geringen Entfärbung abzuspülen, da die stark spiritushaltigen, leicht verdunstenden Lösungen leicht zu Niederschlägen Veranlassung geben. Übrigens kann man diesen letzten Umstand durch einen Zusatz von Glycerin zu den Lösungen nach Art der Ehrlichschen Mastzellenfarbflotte vermeiden.

Nach diesem Schema kann sich jeder, wie man sieht, mit Leichtigkeit die ihm konvenierende definitive Formel zur elektiven Färbung des Elastins für seine specielle Arbeit bestimmen. Wo überhaupt Elastin vorkommt, kann es auf diese Weise nachgewiesen werden und die betreffenden Schnitte lassen sich mittelst Hämatoxylin nachträglich mit einer Kernfärbung, mittelst Methylenblau und Kreosolentfärbung mit einer Protoplasmafärbung von wirkungsvollem Farbenkontrast versehen.

Das Studium der Hautpathologie speziell gewinnt durch diese Färbungen ungemein, ganz abgesehen von dem speziellen Interesse, welches die Beteiligung und der Schwund des Elastins bei den verschiedenen Prozessen in Anspruch nimmt. Die Darstellung des Elastins klärt mit einem Schlage die Topographie der Gefäfse in der Haut auf, auch wenn diese durch Emigrations- oder Proliferationsprozesse sonst fast unsichtbar geworden sind; sie hebt unter denselben erschwerenden Umständen den Verlauf der Knäueldrüsen hervor, die an ihrer zarten elastischen Umhüllung kenntlich sind; sie läfst endlich unter den verschiedenen strangartigen Bildungen die Nervenstämme durch ihren Mangel an elastischer Substanz auch dort noch von Gefäfsen und Drüsen sicher unterscheiden, wo Osmium- und Goldbehandlung unmöglich waren.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 3. März 1891.

Vorsitzender: Herr Lewin. Schriftführer: Herr Saalfeld.

Herr Lewin: **Über Lippen- Zungen- und Kehlkopf-Syphilis** mit Krankenvorstellung. Der 37jährige Patient acquirierte im Jahre 1866 einen Tripper, der nach 6 Wochen heilte. 1867 will er einen Schanker und Bubo dext. gehabt haben, doch soll ein Ausschlag nie vorhanden gewesen sein. 1876 will er zeitweise an Halsschmerzen gelitten und das Zäpfchen verloren haben. Im Jahre 1886 wurde er in der Charité wegen heftiger Halsschmerzen 9 Monate lang mit Jodkalium behandelt und als gebessert entlassen. Er blieb bis zum Herbst 1890 gesund, wo sich Reifsen in den Händen und Füfsen einstellte, sehr bald entwickelte sich Tabes. Der Status ergibt folgenden Befund: Bei einem ziemlich kräftigen Manne, dessen Gang einen tabischen Eindruck macht, ist das Kniephänomen nicht vorhanden; die Pupillenreaktion ist etwas träge. Beide Stimmbänder sind frei beweglich und schliefsen bei Phonation dicht zusammen. Die wahren Stimmbänder erscheinen, so weit sichtbar, als gelbe Streifen, sind jedoch etwas mit Schleim bedeckt. Die Aryknorpel sind ziemlich blafs. Oberhalb des rechten Stimmbandes befindet sich eine erbsengrofse Geschwulst, welche über dem rechten Stimmbande schwebt und bei Schlufs der Stimmbänder zeitweilig das rechte Stimmband berührt. Diese erbsengrofse Geschwulst hängt an einer anderen glatten, vielleicht 1 cm langen Wucherung. Durch diese Geschwulstbildungen werden die vorderen Zweidrittel der Stimmbänder vollkommen verdeckt. Das rechte Stimmband erscheint breiter als das linke. Die Aryknorpel sind frei beweglich. Die Epiglottis zeigt mehrere Defekte. In der Zunge ist eine tiefe Narbenbildung mit bedeutender Wulstung. Die Papillae circumvallatae sind teils erhalten, teils geschwunden. Das Velum fehlt, es ist nur noch ein Rest vorhanden, der wie ein Strang zur linken Tonsille geht.

Zu diesem Fall bemerkt Herr Lewin, dafs an der Zunge folgende syphilitische Affektionen vorkommen: 1. breite Kondylome, die sehr leicht zerfallen und in fettigen Detritus übergehen. 2. Gummata, von welchen die Patienten keine Beschwerden weder beim Essen noch beim Sprechen haben. Diese zerfallen tief und machen solche Erscheinungen, wie bei dem vorgestellten Patienten. 3. Atrophie der Zungenbalgdrüsen, wobei die Zungenwurzel beim Befühlen glatt ist; hier und da bleiben kleine Papillen zurück, die sich vergröfsern und dann zerfallen. Kurz vor dem Tode erfolgt eine Resorption, und man findet die Epidermis fast auf der Muskulatur aufliegen. L. hat in mehreren Fällen einzelne Risse gefunden, die wie Akuminaten oder Papillae filiformes aussehen. 4. Von der Zungenwurzel, wo die Epiglottis liegt, gehen Venen aus, welche variköse Erweiterungen zeigen und von denen nach verschiedenen Richtungen Zweige abgehen. Über die Stimmbänder geht die Syphilis nicht gerne hinaus.

Bei der Diskussion bemerkt Herr Hoffmann, dafs er jetzt einen Patienten in Beobachtung hat, bei dem neben der varikösen Erweiterung der Venen am linken Zungenrande in der Mitte der Zunge dicht an den Varicen ein Ulcus sich befindet, das wie ein variköses Geschwür aussieht. Dasselbe neigt jetzt bei einer antisyphilitischen Behandlung zur Heilung, während an den varikösen Erweiterungen der Blutgefäfse sich nichts geändert hat.

Herr Lewin gibt zu, dafs es solche variköse Geschwüre geben kann, dieselben können aber auch von einem zerfallenen Gumma herrühren.

Herr Blaschko: **Über Alopecie mit Trichorrhexis.**

Während noch bis vor wenigen Jahren als das charakteristische Symptom der Alopecia areata gegenüber den anderen Formen herdförmigen Haarausfalls galt, dafs bei denselben aufser dem Ausfallen der Haare selbst keinerlei andere pathologischen Veränderungen an der erkrankten Stelle — wie entzündliche Erscheinungen, Narbenbildung, Abbrechen der Haare etc. — sichtbar seien und dafs auch mikroskopisch die Area-Haare keinerlei Besonderheiten aufwiesen, sind wir neuerdings durch Behrend und Besnier mit zwei eigentümlichen Erscheinungen, dem Auftreten von Luft im Wurzelteile des Haares und dem Fehlen des Haarmarkes bekannt geworden. Auch ist von diesen Autoren auf das Vorkommen von Fällen hingewiesen worden, bei denen die Haare mehr oder minder zahlreich über dem Hautniveau abbrechen, eine Varietät, welche Besnier als Pelade à cheveux fragiles (Bazin: Fausse Pelade, Lailler: Pelade pseudotondante) bezeichnet hat. Neuerdings ist diese Abart der Alopecia areata von Nimier, welcher eine epidemische Verbreitung der Erkrankung in einzelnen französischen Truppenteilen beobachtet hat, als Folliculite microbienne etc. beschrieben worden, und Vaillard und Vincent haben durch den mikroskopischen Nachweis, durch Züchtung und Überimpfung den parasitären Charakter der von ihnen untersuchten Fälle dargethan.

B. hat im Laufe der letzten Jahre alle Fälle von Alopecia areata auf das Abbrechen der Haare untersucht und gefunden, dafs bei der Mehrzahl derselben, insbesondere, wenn man die Anfangsstadien der Erkrankung zu Gesicht bekommt, das Vorkommen von Haarstumpfen namentlich an der Peripherie der Herde ein mehr oder weniger konstantes Vorkommnis und etwa bei 75% aller Kranken zu konstatieren ist. Der heute von B. vorgeführte Fall (schon in der Januarsitzung demonstriert) zeigte nun diese Erscheinung in besonders hohem Grade; die gesamten Areaherde waren anfangs mit tausenden von kurzen Haarstümpfen bedeckt, an deren Stelle jetzt zum gröfsten Teil schon wieder junge Haare getreten sind. Bei mikroskopischer Untersuchung zeigen die Haarstümpfe eine atrophische Vollwurzel, oberhalb derselben einen atrophischen pigmentfreien Schaft, dann folgt ein kurzes Stück anscheinend nicht mehr atrophischen, breiteren, pigmentierten Schaftes, das in einen kleinen Knollen ausläuft oder pinselförmig aufgefasert ist. Mikroorganismen sind im Wurzelteil weder durch Färbung (Gramsche Methode) noch durch Kulturversuche nachzuweisen, während natürlich das freie Ende zahlreiche verschiedene Organismen — durch das Mikroskop und durch Züchtung auf Agarplatten nachweisbar — birgt. Durch bloſses Austrocknen (Wasserverlust) kann die Brüchigkeit der Haare nicht bedingt sein, da Haare hygroskopische Gebilde sind, die in einer wasserdampfhaltigen Atmosphäre jeden Wasserverlust fast momentan wiederzuersetzen imstande sind, was sich auch experimentell nachweisen läfst. Es müssen also noch andere Ernährungsstörungen im Haar Platz gegriffen haben, bei denen durch Beteiligung der Hornsubstanz und der Fette an der Erkrankung der ganze physikalische Charakter des normalen Haares geändert ist. Man kann auch nicht annehmen, dafs das Abbrechen der Haare das Primäre (etwa durch Mikroorganismen verursacht) und die Atrophie das Sekundäre sei, da die Atrophie nicht gleichmäfsig von der Bruchstelle nach unten fortschreitet, sondern innerhalb des Wurzelteils beginnt und nach oben niemals bis zur Bruchstelle reicht. Sekundär könnten möglicherweise Mikroorganismen an der Trichorrhexis Schuld sein. B. resümiert: Die Trichorrhexis ist ein sehr häufiges, vielleicht bis zu einem gewissen Grade beständiges Anfangssymptom der Alopecia areata. Es gibt Fälle, bei denen diese Trichorrhexis besonders stark auftritt, wo also fast alle Haare vor dem Ausfallen abbrechen. Diese Fälle sind weder kontagiöser noch überhaupt parasitärer Natur, also streng von der „Fausse Pelade“ der französischen

Autoren zu unterscheiden. Auf welchen Momenten in diesen Fällen die besondere Brüchigkeit der Haare beruht, ist noch unaufgeklärt.

Herr A. Blaschko demonstriert die nach seinen Angaben eingerichteten **Formulare zur Führung von Syphiliskrankengeschichten**, welche den doppelten Zweck erfüllen, sowohl als Notizenbuch für den behandelnden Arzt sowie als Material für Sammelforschungen zu dienen. Dieselben stellen eine wesentlich verbesserte Form des von Köbner angegebenen Schemas zur Syphilis-Sammelforschung dar, welches trotz der ihm zu Grunde liegenden guten Idee wesentlich aus formellen Gründen keine Verbreitung gefunden hat. Der Vorteil der Blaschkoschen Formulare liegt vor allem in ihrer aufserordentlich handlichen Form und der übersichtlichen Einteilung des einzutragenden Materials — jede Krankengeschichte ist auf zwei grofse Quartseiten verteilt, von denen die linke der Anamnese und der ersten Status-Aufnahme, die rechte für alle späteren Eintragungen bestimmt ist. Die Formulare kommen teils in Kontobücherformat gebunden (zu 100 Exemplaren) oder broschiert und leicht geheftet in den Buchhandel; letztere Form dürfte sich vielleicht für gröfsere Kliniken und Polikliniken, in denen das gesamte Material eines Jahres nachträglich zusammengebunden wird, empfehlen, während die gebundenen Exemplare für die Privatpraxis geeigneter erscheinen. Vergl. S. 400.

Herr Saalfeld stellt eine 22jährige **Patientin** vor, welche im **3. Lebensjahre syphilitisch infiziert** wurde. Sie hatte damals Schwellungen an den Genitalien. Zu derselben Zeit erlitt sie durch einen Fall eine Verletzung des linken Fufses, wobei sie 2 Jahre lang im Krankenhause zubrachte. Eine Wunde hatte sie bei dem Falle nicht erlitten. Im 9. Lebensjahre bekam sie einen Ausschlag auf dem Kopf und hinter den Ohren, der nach 4—5 Wochen schwand. Vor ungefähr 2½ Jahren zeigte sich am rechten Unterschenkel ein Ausschlag. Durch Aufkratzen desselben verschlimmerte er sich so sehr, dafs die Patientin darum 1 Jahr lang in einem Krankenhause mit Sublimatwasserumschlägen behandelt wurde. Der Ausschlag heilte trotzdem nicht, selbst nicht nach dem Gebrauch von verschiedenen Salben. Die Menstruation trat im 15. Lebensjahre ein und ist stets regelmäfsig gewesen. Seit Jahren leidet Patientin nachts an Reifsen in den Füfsen. Der Status ergibt an der Grenze des mittleren zum unteren Drittel des rechten Beines ein etwa 10 cm breites, fast die halbe Cirkumferenz des Beines einnehmendes und etwa 4 cm hohes, etwas ovales und an den Rändern welliges Geschwür. Die dasselbe umgebende Haut ist stark infiltriert und geschwollen. Die Ränder selbst, welche gegen den Geschwürsgrund steil abfallen, sind gewulstet. An der inneren Seite des linken Beines, welches im unteren Teil vollkommen gefühllos und auch in seinen Bewegungen sehr behindert ist, besteht ebenfalls ein Geschwür, das ca. 5 cm breit und 2 cm hoch ist. Die Ränder sind ebenfalls etwas torpide. Im übrigen ist aber die umgebende Haut bei weitem nicht so infiltriert, als am andern Bein. In bezug auf die Therapie bemerkt S., dafs die Patientin Jodkalium gar nicht vertrage.

Diskussion:

Herr Lewin hält das Geschwür wegen der steilen Ränder und wegen des schmutzigen Grundes für syphilitisch, variköse ist es nicht, da Varicen nicht bestehen. Hinsichtlich des Nichtvertragens von Jodkaliums empfiehlt er das Jodnatrium, das viel leichter vertragen wird. In allen Fällen, wo weder Hg noch Jod einen Erfolg hat, will er durch das Decoct Zittmanni gute Resultate erzielt haben.

Herr S. bemerkt hierzu, dafs das Jodnatrium weniger Jod als das Jodkalium enthält, weshalb man es in gröfseren Dosen geben mufs.

Herr Lewin: Demonstration eines Falles von **Psoriasis syphilitica.** Der 34jährige Pat. hatte im Jahre 1889 Tripper und Schanker gehabt, weswegen er mi

Linke Seite.

No. *Tag der Aufnahme d.* *18*

Name, Stand, Alter (led. od. verheir.): *Wohnung:*

Anamnese

A. Frühere Erkrankungen *(vener. und nicht vener., Hereditär, Graviditäten):*

B. Jetzige Erkrankung: *1. Der Infektion.* *a. Datum:*
b. Art:
c. Quelle:

2. Primäraffekt. *a. Beginn:* *c. Sitz:*
b. Zahl: *d. Charakter:*

3. Weiterer Verlauf bis zum Tage der Aufnahme:

Aufnahmebefund (Status) d.

1. Allgemeines *(Constitut., Ernährungs-, Allgemeinzustand, Fieber):*

2. Primäraffekt *mit* ***Primärbubo*** *(Genitalia externa):*

3. Haut *(syph. und nicht syphil. Affekt., Pigment, Haare, Nägel):*

4. Drüsen:

5. Schleimhäute
a. Mund (Zähne):
b. Rachen, Kehlkopf:
c. Nase:
d. Anus:

6. Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen:

7. Eingeweide *(Respirat.-, Circulat.-, Verdauungstractus, Harnappar., Genital. intern.):*

8. Nervensystem, Sinnesorgane *(Augen, Ohren):*

Rechte Seite.

Datum	*Weiterer Verlauf der Erkrankung*	*Therapie*

einem weifsen Pulver (wahrscheinlich Kalomel) 4 Wochen lang behandelt wurde. Es traten dann Schmerzen im Halse auf und am 12. Febr. wurde er wegen roter Flecke auf Armen und Brust in die Charité aufgenommen. Der Ausschlag, der sich fast auf dem ganzen Körper zeigt, ist eine Psoriasis und zwar eine Ps. syphilitica, wofür nicht allein die Farbe und Lokalisation, sondern auch der Mangel an sensiblen Erscheinungen (kein Jucken, kein Schmerz etc.) spricht. Die Psoriasis zeigt alle Übergänge, man beobachtet hier am Körper die punctata, guttata, annulata und gyrata. Der Patient hat ferner noch eine Sklerose am Präputium. In der ersten Zeit will der Patient an einzelnen Stellen etwas Jucken gehabt haben, solches entsteht nur, wenn eine Blase sich bildet oder schnelle Desquamation erfolgt.

Herr Isaac ist der Ansicht, dafs die annulöse Form, die hier vorliegt, meistens für ein Recidiv spreche, was Herr Lewin zugibt.

Herr Lewin: **Über syphilitische Muskelentzündung** mit Krankenvorstellung. Die Myositis syphilitica gummosa kommt öfters vor, allein eine gewöhnliche syphilitische Myositis ist selten beobachtet; alle bis jetzt beschriebenen Fälle sind so kurz, dafs man daraus nicht recht ersehen kann, ob es sich auch um die nicht gummöse Form handelt. Der 21jährige Patient infizierte sich am 2. Septbr. 1890 geschlechtlich. 6 Tage nach dieser Infektion stellte sich eine Gonorrhoe — die unter entsprechender Behandlung in einigen Tagen heilte —, am 26. Septbr. ein hartes Geschwür an der Vorhaut ein, dem anfangs Dezember ein über den ganzen Körper, insbesondere auf Rücken und Gliedmafsen verbreitetes rötlichbraunes, fleckiges Exanthem folgte. Während unter Anwendung von Jodoformsalbe das Geschwür angeblich innerhalb 5 Tagen schwand, blieb der Ausschlag bestehen und nahm allmählich eine intensivere Färbung und erhabene Form an; eine allgemeine antisyphilitische Kur wurde nicht eingeleitet. Trotz dieser Erkrankung und vorübergehender mehrere Tage anhaltender nicht unerheblicher Schmerzen im rechten Oberarm, machte Patient Weihnachten in 17stündiger Fahrt eine Reise. Zurückgekehrt stellten sich am 8. Januar 1891 ziehende und bohrende Schmerzen im linken Schultergelenk ein, die stetig an Intensität zunahmen und jede Bewegung mit dem Arm schliefslich unmöglich machten. Am 13. Januar Aufnahme in die Charité. Status praesens: Obere wie untere Extremitäten, Rücken sind mit zahlreichen, Brust und Unterleib mit spärlichen fast durchweg isoliert stehenden bräunlich-roten, linsen- bis zehnpfennigstückgrofsen, flachen, hier und da mit weifslichen trockenen Schuppen bedeckten Papeln von meist ovaler oder runder, selten unregelmäfsig gestalteter Form bestreut. Der linke Arm, wie überhaupt die ganze linke Schultergegend hängt etwas in Pronation schlaff herab. Weder aktive noch passive Bewegungen sind wegen intensiver Schmerzen im Schultergelenk ausführbar; der Unterarm wird mit Mühe aktiv bis zum rechten Winkel gebeugt; passiv gelingt um weniges ausgiebigere Flexion. Das obere Drittel des linken Oberarms wie die Schultergelenkgegend erscheinen leicht geschwollen; selbst leise Berührung ist hier sehr empfindlich; als besondere Schmerzpunkte markieren sich Proc. coracoidens wie auch Proc. acromialis scapulae. Der Musculus biceps fühlt sich ohne entzündliche Rötung der Haut heifs, sowie in seiner ganzen Ausdehnung, hauptsächlich jedoch am Muskelbauch fast steinhart an; die Ursprünge Proc. brevis wie Proc. longus erscheinen verdickt. Die benachbarten Muskeln: Deltoides, Coracobrachialis, Brachialis internus, Supra- und Infraspinatus, Pectoralis bieten, abgesehen von einer gewissen Druckempfindlichkeit der in der Nähe des Schultergelenks gelegenen Partieen nichts Auffälliges. Die Bewegungen des rechten Armes sind völlig frei. Am Penis befindet sich eine indurierte Narbe; aus der Urethra läfst sich spärliches weifsliches Sekret drücken. Da bei dem charakteristischen Exanthem sowie der Anamnese eine Erkrankung von Syphilis zweifellos erschien, erhielt der Patient

täglich je 1 subkutane Injektion von 0,01 g Hydr. bijod. rubr. Gleichzeitig wurde der linke Arm ruhig gestellt.

Eine Untersuchung in der Chloroformnarkose ergab die völlige Bewegungsfreiheit im Schulter- und Ellbogengelenk, so dafs eine Erkrankung der Gelenke selbst bezw. der Synovialmembran ausgeschlossen werden konnte. Des Weiteren konnte nur der bereits erwähnte Befund einer im wesentlichen auf den Musculus biceps beschränkten Myositis bestätigt werden mit der Präcisierung, dafs die Härte des Muskels am ausgesprochensten in den der Haut zunächst gelegenen Teilen war, während dieselbe in den tieferen Schichten sich weniger auffällig zeigte. Anfangs Februar 1891 trat mit dem Abblassen des Exanthems ein allmählicher Rückgang der Härte des Biceps ein, die aber ihrerseits eine nicht unwesentliche schlaffe Atrophie nicht nur des Biceps, sondern auch der benachbarten Muskeln, wie des Pectoralis, Triceps und zum Teil des Deltoides im Gefolge hatte. Die Atrophie liefs sich auch durch leichte Herabsetzung der faradischen wie galvanischen Erregbarkeit nachweisen. Dieser Zustand nahm in den nächsten Tagen zu und erstreckte sich noch auf den Musc. supra- und infraspinatus. Der Umfang des linken Oberarms betrug in der Mitte 24,3 cm, im oberen Drittel 24,1 cm und im unteren Drittel 22,4 cm, während am rechten Arm Umfänge von 27,6 bezw. 27,1 bezw. 25,7 cm betrugen. Im weiteren Verlauf bildete sich die Härte im Biceps stetig mehr zurück unter entsprechender Wiederkehr der Bewegungsfähigkeit des Armes und weiteren Schwundes des Exanthems, so dafs nach 28 Injektionen Patient den Unterarm, wenn auch unter Anstrengung, doch aktiv bis zum Winkel von 30° beugen konnte. Die Bewegung des Oberarms ist infolge der Atrophie der Muskeln immer noch beschränkt.

Herr Lewin stellt ferner einen 31jährigen Reporter mit einem **Ulcus an der Oberlippe** vor; schon im Mai 1890 hatte derselbe ein solches an der Oberlippe, wozu sich ein Geschwür im Nacken gesellte. Letzteres ist jetzt geheilt und man kann an der Stelle eine bedeutende Narbe nachweisen. Das Geschwür an der Lippe war mit braunen roten Krusten bedeckt und erstreckte sich bis auf die Schleimhaut des Zahnfleisches. Patient behauptet, nie infiziert zu sein; Drüsenanschwellungen waren niemals vorhanden. Das Geschwür zeigte unterminierte Ränder und blutete bei der leisesten Berührung. Nach subkutanen Sublimatinjektionen heilte es. Im November vorigen Jahres wurde der Patient wieder in die Charité aufgenommen mit demselben Geschwür an der Lippe. Die Narbe am Nacken ist breit und grofs, halb glatt, halb gestreift mit 2 Taschen, aus denen Haare kommen. An der Lippe besteht eine Ulzerationsfläche, die von den Haaren ausgeht und einen diphtheritischen Belag zeigt, der sich bis zu den Zähnen hinzieht. Die Diagnose ist nicht sicher zu stellen; am meisten neigt L. zur Diagnose des Kerion Celsi (Sykosis parasitaria), da Aktinomykose ausgeschlossen ist.

Diskussion:

Herr Blaschko kann nicht annehmen, dafs die Sykosis parasitaria sich auf die Schleimhaut der Oberlippe fortpflanze, man beobachte dabei doch eher eine Ausbreitung in die Haare.

Herr Saalfeld ist der Ansicht, dafs es sich um eine Mischinfektion handle und weshalb soll so etwas nicht vorkommen? er hält den Prozefs anscheinend für Mykosis fungoides Alibert.

Herr Lewin hielt es anfangs für ein zerfallenes Gumma, doch ist die Narbe im Nacken durchaus nicht syphilitisch. Was die Mykosis framboësia betrifft, so ist in allen seinen bis jetzt beobachteten Fällen die Schleimhaut nie beteiligt gewesen. Es sieht auch nicht wie Himbeeren oder Brombeeren aus. Hier besteht eine Neigung zur Krustenbildung. *L. Hoffmann-Berlin.*

Besprechungen.

Die Behandlung der Hautkrankheiten.

Von Dr. L. Brocq,
besprochen von Dr. Leo Leistikow.

III.

Artifizielle Hauteruptionen:

Diese zerfallen nach Brocq in 2 Abteilungen: 1. in die aus äufserer Ursache (Dermatitis venenata und traumatica der Amerikaner) 2. in diejenige aus innerer Ursache (Dermatitis toxica der Amerikaner).

I. Zu der **ersteren** rechnet Brocq alle diejenigen Affektionen, welche durch reizende Stoffe direkt im Kontakt mit der Haut entstanden sind.

Der erste Grad trägt Erythemtypus: Man unterscheidet 5 Varietäten 1. die Erytheme, welche durch direkte Berührung mit fremden reizenden Stoffen entstehen; 2. die durch atmosphärische Einflüsse (Sonne, Kälte, Wärme, Elektrizität) verursachten Erytheme; 3. das Erythema intertrigo; 4. das bei Hydropikern im Bereich der Ödeme auftretende Erythem; 5. das bei schwer Kranken an den Körperstellen vorkommende Erythem, welche dem Drucke, der Reibung und Verunreinigung ausgesetzt sind.

Neben der erythematösen Form kommt auch der urtikarielle Typus vor.

Bei stärkeren Erythemen treten auch oft kleine Blutextravasate auf; weiter Papeln, Vesikeln, Blasen oder Pusteln. In bestimmten Fällen kommt es auch zur gröfsern Blasenbildung und Verschorfung.

Die sekundären Veränderungen stehen mit den primären in direktem Zusammenhang, mit dem einfachen Erythem Abschuppung, mit dem Jucken und Brennen die Exkoriationen und Krusten.

Bei Besprechung der Ätiologie erwähnt Brocq als Krankheitserreger 1. tierische, 2. pflanzliche, 3. andre organische und unorganische, 4. atmosphärische Reize.

Auch die Berufsdermatosen ordnet Brocq dieser Krankheitsgruppe unter.

Therapeutisch empfiehlt Brocq Waschungen, Umschläge, Kataplasmen, einfache Fetteinreibungen, Zinksalben, Borvaselin und trockene Puderbehandlung.

II. Artifizielle Eruptionen aus **innerer** Ursache (Dermat. toxica) nennt Brocq alle diejenigen Affektionen, welche durch die Einführung irgend einer schädlichen Substanz in den Organismus, sei es durch den Verdauungstrakt, sei es durch die Lunge oder die Haut, entstehen.

Die individuelle Empfänglichkeit spielt die gröfste Rolle. Die Krankheitserscheinung ist sehr mannigfaltig und variiert vom einfachen Erythem, der Papel bis zu Blasen und Eiterpusteln. Auch Urtikariatypus, Pigmentation und Gangrän können vorkommen.

Die Ursachen zu unseren Dermatosen sind sehr verschieden. Eine Menge Nahrungsmittel und eine kolossale Reihe von Arzneimitteln können als Krankheitserreger auftreten.

Die Behandlung beginnt mit dem sofortigen Aussetzen der schädlichen Substanz. Man mufs für leichte Entfernung derselben Sorge tragen, Antidota reichen und die

Hautaffektion selber behandeln. Gegen Brompräparate gibt man Arsenik und Schwefelkalcium, gegen Jodmittel Arsenik, Atropin, Belladonna etc. Gegen die reduzierenden Mittel empfiehlt Brocq die von Unna angegebenen gröfseren Dosen Salzsäure. Die Lokalbehandlung ist dieselbe, wie bei den durch äufsere Ursache entstandenen Hauteruptionen.

Erytheme.

Brocq definiert das Erythem als eine durch rote Flecke charakterisierte Dermatose. Intensität und Ausdehnung ist verschieden. Die Flecke verschwinden momentan durch Fingerdruck und die Dauer derselben ist eine sehr kurze. Die individuelle Anlage spielt in der Pathogenese der Erytheme die gröfste Rolle. Es handelt sich um Angioneurosen. Bis heute ist es noch unmöglich, in der Erythemgruppe gut definierte Krankheitstypen zu unterscheiden.

Vom ätiologischen Standpunkt aus kann man die Erytheme in 3 Gruppen einteilen:

1.) die Erytheme aus äufserer,
2.) die Erytheme aus innerer,
3.) die Erytheme aus noch unbekannter Ursache.

Es gibt eben eine Zahl von Erythemen, die nicht traumatischer oder toxischer Natur sind.

1.) Ihre Ursache ist abhängig vom Nervensystem: a) das reflektorische Erythem (Ausgangspunkt Magen, Urethra, Uterus etc.), b) die trophischen Erytheme und Trophoneurosen.

2.) Die rein infektiösen Erytheme, wie sie vorkommen bei Fieberkrankheiten, Rheumatismus, Cholera, Typhus, Septikämie, Endokarditis, Diphtherie, Malaria etc. etc.

Von klinisch gut charakterisierten Formen des Erythems stellt Brocq 5 Hauptformen auf:

1.) Das **polymorphe Erythem**, dem Brocq den Herpes iris Bateman unterordnet.
2.) Das **Erythema nodosum.**
3.) **Eryth. rubeoliform. und Roseola.**
4.) **Eryth. scarlatinoid.**
5.) **Erythem. scarlatiniform. desquamativ.**

1.) Das **polymorphe Erythem.** Brocq versucht folgende Einteilung desselben:

a) Eryth. polymorph. erythemato-papulos.
b) Eryth. polymorph. vesico-bullosum.
c) Hydroa vesiculos. aut Herpes iris Bateman.

a) das Eryth. polymorph. erythemato-papulos. beginnt als kleiner roter Fleck, der unter Fingerdruck verschwindet und sich nach und nach ausbreitet Das Centrum sinkt ein und wird cyanotisch, während die Peripherie ihre Zinnoberröte beibehält. In der Nachbarschaft bilden sich andere Flecke, welche auch konfluieren können. Lieblingssitz: truncus, dorsum man., Finger, Hals, Ellbogen, Knie, seltener Füfse. Anordnung meist symmetrisch. Nur leichtes brennendes Gefühl.

Es kann das Erythem ganz glatt sein, oder urtikariellen Typus zeigen. Auch können circinäre und papulöse Formen vorkommen. Die Farbe ist bisweilen blau, fast schwärzlich und bisweilen treten auch Purpuraformen durch Blutextravasation auf.

b) das Eryth. polymorpho-vesico-bullos. zeigt ähnliche erythematöse Elemente wie das vorige; auf einigen von diesen bilden sich Bläschen oder Blasen, welche rein serös sind oder eitrige und sogar hämorrhagische Beschaffenheit annehmen. Lieblingssitz: truncus, Hals, Gelenkbeugen und besonders der Unterleib. Bisweilen wird auch die Mund-, Zungen-, Nasen- und Rachenschleimhaut ergriffen. In einigen Fällen besteht lebhaftes Jucken und starkes Brennen. Wegen dieses letzteren

Umstands stellt Brocq diese Form neben Duhrings Dermatitis herpetiformis und nennt sie Dermatitis polymorpha doloros. acut. (Unnas Hydroa benigna).

c) Hydroa vera (Herp. iris. Bateman) besteht aus roten Papeln, welche sich ausbreiten. Im Centrum bemerkt man eine leichte epidermoidale Erhebung in Form eines durchscheinenden Bläschens. Dies trocknet ein und hinterläfst eine kleine centrale Kruste. Während nun diese Eruptionen wachsen, zeigt sich an der Peripherie ein Kreis neuer Bläschen, schliefslich noch ein neuer Kreis, sodafs wir dann ein centrales Krüstchen, einen zinnoberroten Kreis, eine Bläschenkrone, einen erythematösen Kreis etc. vor uns haben. Lieblingssitz: Hände und Handwurzel, aber auch der übrige Körper, insbesondere Mundschleimhaut.

Die Behandlung des polymorphen Erythems ist oft eine rein exspektative. Manche Autoren geben Acht auf Regelung der Diät. Eine echt specifische Wirkung hat das Kal. jodat. in der Dosis von 1—3 gr pro die. Brocq warnt aber, es bei der Bildung von Bläschen und Blasen zu verordnen; in diesen Fällen kommt es leicht zur kolossalen Vermehrung derselben, oft zu Hämorrhagien etc. Ist das Kal. jodat. kontraindiziert, so empfiehlt Brocq diejenigen Mittel, welche auf das Gefäfsnervensystem wirken. Er verschreibt Pillen, die aus 0,1 Chin. sulfur., 0,1 Ergotin und 0,001 extr. belladonna bestehen, oft setzt er noch ein wenig Digitalis hinzu. Bei den infektiösen Erythemen gibt er Chinin in sehr hohen Dosen. Die Lokalbehandlung der trocknen Formen besteht in Ordination von Puder und Waschungen, die der vesikulösen am besten in Verordnung von Kalkwasser und Leinölliniment, oder es tritt die Pemphigustherapie ein.

2.) Das **Erythema nodosum** ist eine entzündliche Dermatose, welche durch das Auftreten erythematöser Knoten von variabler Gröfse und ovaler oder runder Form charakterisiert ist. Sehr häufig setzt die Erkrankung mit Fieber oder rheumatischen Schmerzen ein. Lieblingssitz: unt. Extremitäten, Dors. ped. Die Knoten sind schmerzhaft auf Druck. Die Farbe wechselt und kann rot, blau, grün oder gelbbraun sein.

Eine Abart ist das indurierende Erythem der jungen Mädchen, das besonders bei lymphatischen vorkommt. Man beobachtet breite Plaques an den Schenkeln von roter Farbe.

Im Gegensatz zu den festen luetischen und tuberkulösen Gummata läfst sich dies Erythema nodosum leicht durch längeren Druck eindrücken. Dies ist wichtig bezüglich der Differentialdiagnose.

Therapeutisch empfiehlt Brocq Jodkalium und bei Fieber Chinin als Lokalbehandlung Ruhe in horizontaler Lage und in Chloroformliniment getauchte Watte.

3.) **Erythema rubeoliforme. Roseola.** Hiermit bezeichnet Brocq ein leichtes, flüchtiges Erythem, das durch kleine Flecke ausgezeichnet ist. Er unterscheidet folgende 4 Gruppen:

a) die sog. Primitivroseolen, hierhin gehören die Röteln der Deutschen,
b) die sog. infektiösen sekundären Roseolen,
c) die sog. artifiziellen Roseolen,
d) die durch vasomotorische Störungen auftretenden Roseolen.

4.) **Erythema scarlatinoides.** Brocq führt die Untersuchungen Besniers über die Erytheme an. Besnier behauptet, dafs diese Art des Erythems durchaus der Scarlatina gleichkommt. Die Einteilung ist eine der Roseola ähnliche.

5.) **Erythema scarlatiniform. desquamativ.** findet seine Besprechung bei dem Artikel: Pityriasis rubra.

Endlich gedenkt Brocq auch noch der bei Kindern auftretenden Erytheme, zu mal des von Sevestre und Jacquet beschriebenen Erythema simplex aut vesiculosum,

und des Eryth. lenticulare, deren Kenntnis von grofser praktischer Wichtigkeit ist, da sie gewöhnlich Erscheinungen der Lues hereditaria sind.

Im Anschlufs an die Erytheme wenden wir uns zur Besprechung der **polymorphen Dermatitiden.**

Unter dem Namen polymorphe Dermatitiden versteht Brocq eine sehr wichtige Gruppe von Dermatosen, welche durch polymorphe Eruptionen charakterisiert sind. Brocq unterscheidet 2 Hauptgruppen:

A. Dermatitis polymorpha acuta (die erythematösen, erythematopapulösen, circinären, vesikulösen und bullösen Formen des Erythem. polymorph. andrer Autoren).

B. Dermatitis polymorpha dolorosa umfafst folgende Gruppen:

1. Dermat. polymorph. doloros. acut., welche abgesehen von der Schmerzhaftigkeit mit der vorigen Form übereinstimmt (Unnas Hydroa acuta).

2. Dermatit. polymorph. doloros. chronica mit successiven Anfällen (Dermat. herpetiform. Duhring. — Hydroa chronica Unna). Dieser Krankheitseinheit entspricht auch die subakute oder benigne Form der Dermatitis polymorph. dolorosa.

3. Die polymorphe schmerzhafte rezidivierende Schwangerschaftsdermatitis oder Herpes gestationis.

Auch Unnas Einteilung der Dermatit. Duhrings erwähnt Brocq: Hydroa gravis, benigna, graviditatis, puerorum.

Brocq bespricht die einzelnen Formen nicht nach seiner Einteilung, sondern behält die alten Bezeichnungen bei.

Dermatitis herpetiformis:

Diese Krankheit zeichnet sich durch 4 Hauptsymptome aus:

1. Wir haben vom rein objektiven Standpunkt aus eine polymorphe Eruption vor uns und zwar

A. von primären eruptiven Elementen wie erythematösen Plaques, Bläschen, Blasen, Pusteln, Papeln, circumscripte Infiltrationen.

B. von sekundären eruptiven Elementen wie Krusten, Flecken, Excoriationen und Verdickungen der Cutis.

Alle Veränderungen können zusammen oder auch allein zur selben Zeit vorkommen. Oft werden diese auch in einer anderen Krankheitsperiode durch die andern ersetzt. Auch die Schleimhäute können ergriffen werden, und die Krankheit kann sich komplizieren mit Keratodermia palmar. et plantar., mit Purpura etc. Niemals entstehen Narben, hingegen sind Pigmentationen häufig.

Je nachdem die eine oder die andere Art der Eruptiv-Elemente prävaliert, kann man verschiedene Varietäten unterscheiden, welche wir hier nicht näher aufzählen.

2. Das zweite Hauptsymptom ist Schmerzhaftigkeit, Jucken, Brennen, Ameisenlaufen etc.

3. Das dritte die enorme Chronicität.

4. Das vierte das relativ gute Allgemeinbefinden.

Man kann auch vom Standpunkte der Intensität oder der Dauer der Krankheit aus eine Einteilung vornehmen.

Differentialdiagnostisch kommen das Erythema polymorphum, Herpes iris Bateman, die Arzneiexantheme und die bullösen Urticariaformen in Betracht. Von diesen unterscheidet sich unsere Krankheit durch ihre starke Neigung zur Blasenbildung, durch die Schmerzhaftigkeit, durch Chronicität und Recidive; vom Pemphigus acutus durch die Dauer, durch die geringe febrile Reaktion und Erhaltung des guten Allgemeinzustandes; vom Pemphig. chronic. verus durch den Polymorphismus

durch das Vorhandensein von Exacerbationen, Remissionen und Intensität der Schmerzen und besonders durch das gute Allgemeinbefinden.

In der Genese der Dermatit. herpetif. Duhring scheint das Nervensystem eine Rolle zu spielen.

Was die Therapie anbetrifft, so empfiehlt Brocq Regelung der Nahrungsweise, Milchdiät etc., Vermeidung von Aufregungen, wenn nötig das Nervensystem durch Baldrian, Castoreum etc. zu beruhigen. Ferner Arsenik innerlich, auch Strychnin, Leberthran oder Chinin muriatic, Ergotin ää 0,3—0,6, Extr. belladonn. 0,03 1 × täglich. Lokal Waschungen, Bäder, Fetteinreibungen, Kalkwasser und Leinöl, Borsalbe, auch Kauterisation mit Arg. nitr.-Lösung, Puder etc.

Der Herpes gestationis ist der Duhringschen Krankheit sehr ähnlich. Vor allem ist er charakterisiert durch seinen Zusammenhang mit Schwangerschaft und Wochenbett. Nach dem Ende des letzteren verschwindet diese Affektion sehr bald. Sehr gern kommt sie bei wiederholter Schwangerschaft wieder und nimmt dann an Dauer und Intensität gewöhnlich zu. Die Hauteruptionen sind dieselben wie bei der vorigen Krankheit, Jucken, Brennen und Schmerzen sind konstant. Das Allgemeinbefinden ist ein gutes. Das Auftreten von Pusteln ist seltener wie bei Duhrings Krankheit. Von Hebras Impetigo herpetiformis unterscheidet sie sich durch die Verschiedenheit des Krankheitsanfangs, durch die Intensität der funktionellen Störungen, durch den Polymorphismus und den gutartigen Verlauf.

Die Behandlung ist die nämliche wie bei der Dermatitis herpetiformis.

Brocq schliefst das Kapitel der Dermatitis mit Hallopeaus **Dermatitis pustulosa.** Diese Krankheit hat Hallopeau unter dem Namen Dermatitis chronica pustulosa mit excentrisch wachsenden Herden[1] beschrieben. Sie beginnt mit hirsekorngrofsen, vesikulo-pustulösen Elementen, welche schnell excentrisch wachsen, eine circuläre Form annehmen, konfluieren zu polycyklischen Gruppen, die im Centrum abheilen. Die Haut ist stark bräunlich pigmentiert. Es handelt sich um eine auf die Haut beschränkte chronische Eiterinfektion.

Der unvollständige Beischlaf und seine Folgen beim männlichen Geschlecht, von A. Peyer. Stuttgart bei Enke. 1890. Verf. bespricht an der Hand von 14 Krankengeschichten die üblen Folgen die der Coitus interruptus (C. reservatus) auch bei Männern auf das Nervensystem ausübt, und die auch von vielen Ärzten noch lange nicht genügend gewürdigt, bezw. anerkannt werden. Sämtlichen Fällen eigentümlich ist eine mehr oder minder hochgradige Mattigkeit und Müdigkeit, besonders morgens beim Aufstehen; ebenso klagen viele über eingenommenen, dumpfen Kopf, oft mit starken Kopfschmerzen und Schwindel verbunden. Die Gemütsstimmung ist nicht normal: Hast, Unruhe, Depression, Verlust des persönlichen Mutes; dazu kommt peinliche Schlaflosigkeit und abundente Schweifssekretion. Häufig treten Magen- und Darmbeschwerden auf, sodafs die Ernährung erheblich leidet, ferner Asthma nervosum, Herzpalpitationen etc. Endlich nimmt der Geschlechtstrieb ab, es tritt teilweise oder totale Impotenz ein, verbunden mit Spermatorrhoe und ganz schlaffen Pollutionen. Wir haben somit den C. interruptus als eine häufige Ursache der Neurasthenie anzusehen; oft ist zugleich Spinalirritation vorhanden. Objektiv läfst sich eine empfindliche und vergröfserte teigige Prostata und starke Hyperästhesie der Harnröhre, besonders der pars prostatica derselben nachweisen. Der Urin enthält Filamente, bezw. eine leichte Trübung, die aus Leukozythen, Epithelien und event. Spermatozoen besteht, als Symptom eines chronischen Reizzustandes der Urethra.

---

[1] S. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XI. pag. 461.

Endoskopisch findet man starke Hyperämie, besonders des Caput gallinaginis. Wir haben einen chronischen Irritations- und Erschlaffungszustand der pars prostatica, bedingt durch die unvollkommene Lösung der Erection, d. h. die unvollständige Entleerung des blutüberfüllten Genitalschlauches. Je kräftiger die Ejakulation, je vollkommener die Blutdepletion, desto wohler fühlt sich der Betreffende. Diese Bedingung fehlt beim C. interruptus. Die Prognose ist meist nicht ungünstig, falls das ursächliche Moment ausfällt, und dies ist somit das erste Postulat der Therapie. Ferner alles, was bei neurasthenischen Zuständen nützlich ist: Landaufenthalt, Kaltwasserkur, Seebäder. Vor allem aber lokale Therapie: Psychrophor, Bougiekur mit dicken Metallsonden und Instillation von dünnen Adstringentien, z. B. Argent. nitr. 1 : 2000. Endlich Elektrizität und Massage. *Hahn-Bremen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Physiologisches.

Über das Vorkommen des Lanolins im menschlichen Organismus, von Prof. O. Liebreich. (*Virchows Archiv.* Bd. 121.) In dieser Abhandlung gibt L. eine zusammenfassende Darstellung der Frage von dem Vorkommen des Lanolin (Cholesterinsäureäthers) und bespricht die bisher bekannten Reaktionen, vornehmlich die Liebermann-Burchardsche sogenannte Cholestolreaktion sowie die von ihm entdeckte Eigenschaft des Lanolins, durch Einkneten mit Leichtigkeit über 100 % Wasser aufzunehmen, einen Prozefs, den er mit dem Namen des Lanolisierens belegt hat. Auf Grund dieser Reaktionen gelang es, in den keratinösen Substanzen die Anwesenheit von Cholesterinäther nachzuweisen; es mufs aber des weiteren festgestellt werden, ob das Lanolin als Sekret der Talgdrüsen auf der Oberfläche abgelagert werde oder ob es als Inhalt der verhornten Zellen aufzufassen sei, — ob es additionelles oder intracelluläres Fett sei. Für die Federn gewisser Vögel, z. B. der Pfaufentaube, sowie bei den Säugern für den Bradypus cuculliger, der weder Schweifs- noch Talgdrüsen auf seiner Haut besitzt, wurde das Vorhandensein von Cholesterinfett, welches also intracellulär gebildet sein mufs, direkt nachgewiesen. Für andere Tiere resp. Tierklassen, besonders für den Nachweis des Lanolins in der menschlichen Haut, hatte der Nachweis des Lanolins deshalb Schwierigkeit, weil die Liebermann-Burchardsche Reaktion für die Cholesterinfette dieselbe Gültigkeit wie für das Cholesterin hat. L. fand nun in dem Äthylacetessigäther und besonders in dem Äthylacetessigäthyläther ein Lösungsmittel, dessen verschiedener Lösungskoeffizient für Glycerinfette, Cholesterinfett und Cholesterin eine genügende Trennung der drei in Frage kommenden Körper erlaubte. In der That ergab die mit Hilfe dieses Verfahrens ausgeführte Untersuchung der Vernix caseosa, dafs in derselben nicht unerhebliche Mengen Lanolin vorhanden sind. Mit dem weiteren Nachweis, dafs dieses Lanolin nicht den Talgdrüsen entstammt, sondern, wie es bei Tieren nachgewiesen ist, seinen Ursprung in der keratinösen Substanz findet, ist L. zur Zeit noch beschäftigt.

L. Hoffmann-Berlin.

Über die Funktionen der Haut, von David Sarasohn. Berlin 1890. Inaug.-Dissertation. Die Arbeit bespricht in übersichtlicher und umfassender Weise die Funktionen der Haut als Schutz-, Ausscheidungs- und Sinnesorgan.

Hahn-Bremen.

Über den Ort der Bildung des Hautpigments, von Prof. J. Caspary Königsberg. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891 Heft 1.) Der V. hat von Tierobjekten nur eins und zwar den weifs- und schwarzgefleckten Rüssel eines Schweines, im Übrigen aber menschliche Haare und in vivo excidierte Stückchen der menschlichen Haut in den Bereich seiner Untersuchungen gezogen. Während er in den weifsen Stellen des Schweinerüssels die von Merkel gefundenen und vermittelst der Cohnheimschen Vergoldungsmethode zu Gesichte gebrachten ungefärbten Bindegewebszellen vielleicht aus technischen Gründen nicht nachzuweisen vermochte, gelang ihm dies mit Leichtigkeit bei den Pigmentzellen der schwarzen Schicht. Dieselben lagen ausnahmslos zwischen den tiefsten Stellen des Stratum mucosum, zeigten einen grofsen, unregelmäfsig geformten Zellleib und einen kleinen Kern im Centrum. Zahlreiche Fortsätze verliefen teils parallel zur Hautoberfläche, teils senkrecht zu dieser, hier und da ragte einer dieser Fortsätze bis ins Korium hinab. Dieses selbst war aufserordentlich arm an Pigmentzellen.

Im Haarbulbus des pigmentierten Menschenhaares fand C. zwischen den Bulbuszellen grofse vielstrahlige, von Pigmentkörnchen strotzende Pigmentzellen, in der Haarpapille nur vereinzelte und wenig entwickelt.

In der Brustwarze und Achselhöhle fanden sich keine strahligen Pigmentzellen. Das gelbliche Pigment ausschliefslich in der Basalschicht des Stratum mucosum schien nur den epithelialen Cylinderzellen anzuhaften. Im Korium zeigten sich nur wenige, Spindelzellen gleiche mit gelbem Pigment; aber nirgends konnte man ein Eindringen derselben in das Epithellager wahrnehmen.

Dasselbe Bild gaben die Präparate aus der pigmentierten Zone einer Vitiligo am Handrücken.

Die starkgefärbte Skrotalhaut eines an Morbus Addisonii Leidenden zeigten reichliche strahlige Pigmentzellen in den tiefsten Schichten des Stratum mucosum, wie die Epidermis der pigmentierten Partie des Schweinerüssels, und auch im Korium mit langgestreckten, zwischen die Epithelien hineinragenden Fortsätzen. Hier war die Einwanderung pigmentierter Zellen in die Epidermis klar. Diese Wanderzellen sind bindegewebige Elemente, da sie nach Form und Gröfse durchaus den strahligen Pigmentzellen von Chorioidea und Iris, nicht aber den lymphoiden Wanderzellen des Bindegewebes gleichen.

Beim Naevus pigmentosus fanden sich keine Pigmentzellen mit langgestreckten zarten Fortsätzen, wie beim Morbus Addisonii. Im Korium nahe der Epithelgrenze, hier und da auch in der Basalschicht des Epithels, glatte, mit kurzen Fortsätzen versehene, unregelmäfsige, polygonale Bindegewebszellen, nirgends aktive Einwanderung, dagegen auffallend 1. starke Epithelwucherung, Epithelnester inmitten des Bindegewebes; 2. an der Grenze zwischen Epidermis und Korium runde, scharf umgrenzte Gewebslücken mit eingeschlossenen, einzelnen freien, pigmentierten und nicht pigmentierten Bindegewebszellen.

V. zieht folgende Schlüsse aus seinen Untersuchungen: 1. Das Fehlen oder Vorhandensein fremder Pigmentzellen in der Epidermis steht zu der Pigmentierung der basalen Epithelschicht in keiner Beziehung; 2. es giebt vielleicht zwei unabhängige Quellen für das Pigment der Oberhaut, wonach auch die basalen Epithelzellen die Fähigkeit haben, selbständig Pigment zu erzeugen, wären also wie das Retina-Epithel echte Pigmentzellen oder könnten solche werden. *C. Berliner-Aachen.*

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über Pathogenese der Pigmentierungen und Entfärbungen der Haut. Vortrag, gehalten in der Sekt. für Dermatologie des X. internation. medizin. Kongresses zu Berlin, am 7. August 1890. Von Prof. M. Kaposi. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. Heft 2.) Alle Betrachtungen, welche die Pigmentation zum Gegenstande haben, müssen von drei Thatsachen ihren Ausgangspunkt nehmen:

1. Der gröfste Teil des Pigments erscheint in den tieferen Schichten des Rete abgelagert;

2. an derartigen Stellen finden sich im papillären und subpapillären Derma-Anteile pigmenthaltige, grofse Zellen;

3. der optische Ausdruck der Pigmentation ist vorwiegend durch das Retepigment gegeben.

Anknüpfend an diese Thatsachen werden die diesbezüglichen Erwägungen hauptsächlich drei Fragen zu erörtern haben:

1. Wird das Pigment an Ort und Stelle seines Fundes in und aus den Zellen gebildet — metabolische Entstehung — oder stammt dasselbe von den roten Blutkörperchen — hämatogene Quelle —?

2. Wenn das letztere der Fall, auf welchem Wege gelangt das Pigment aus dem Bereiche der Blutgefäfse in die Oberhaut?

3. Welches ist die Ursache und der Vorgang für den Schwund der schon bestehenden Pigmentation bei sonst scheinbar ganz gleich bleibenden Verhältnissen des übrigen örtlichen Stoffwechsels?

Hämatogenen Ursprungs ist die Pigmentation bei Hyperämieen, Entzündungen und vaskularisierten Neoplasmen, also bei solchen Prozessen, die mit reichlicherem Austritt von roten Blutkörperchen aus den Gefäfsen einhergehen, so bei den Erythemen, mögen sie durch die Wärme — Erythema solare oder durch toxische Gifte — Erythema toxicum, oder durch von den Nervencentren ausgehenden vasomotorischen Störungen hervorgerufen werden.

Die durch verschiedene Farbentöne bis zum schliefslichen Braun gelangende Pigmentierung nach Hämorrhagieen hat ihre Quelle in den massenhaft ausgetretenen roten Blutkörperchen.

Die Zersetzung der letzteren, welche ihren Farbstoff an die Epidermis abgeben, geschieht entweder schon innerhalb der Gefäfse oder erst nach ihrem Austritte durch die permeable Gefäfswand in die Gewebe.

Die Sklerodermie, bei der eine Erkrankung der Gefäfsadventitia angegeben wird, das Xeroderma pigmentosum, bei dem Entartung der Gefäfswandung durch Verödung oder durch variköse, aneurysmatische Erweiterung der Gefäfse sich kundgibt, weisen Verhältnisse auf, welche den Austritt von roten Blutkörperchen oder deren Zerfallsprodukte begünstigen. In beiden Prozessen werden sowohl die diffusen wie die fleckigen Pigmentationen hämatogenen Charakters sein.

Beim Morbus Addisonii, beim senilen Marasmus dürfte die allgemeine Dyschromatie auf eine Alternative im Hämoglobingehalte der roten Blutkörperchen oder auf eine geringere Lebensfähigkeit und rascheren Zerfall der letzteren zurückzuführen sein.

Bei Chlorotischen hat die Hyperämia solaris fast gar keine Pigmentation zur Folge. Die Bleichsüchtigen brennen nicht ab. Die Ursache liegt hier vielleicht in der abnormen Beschaffenheit der roten Blutkörperchen, in dem verminderten Hämoglobingehalte derselben. Es wäre dies also ein negativer Beweis für den hämatogenen Ursprung der Pigmentation beim Erythema solare.

Weniger klar zutage liegen gewisse Vorkommnisse, für welche die Theorie von der hämatogenen Ursache des Pigments und dessen Beförderung durch Wanderzellen oder deren in die Epidermis vorgeschobene Protoplasmazapfen nicht ausreicht. Gewisse chemische Toxica, wie das Cantharidenpflaster rufen Überpigmentation hervor, die durch das ganze Leben hindurch persistieren kann, obwohl die veranlassende Hyperämie längst geschwunden ist. — Andere Toxica, wie Jodtinktur, Chrysarobin, Sublimat, Veratrin etc. haben zuerst eine Hyperpigmentation dann Schwund des Pigments zur Folge, welches unter Umständen erst nach langer Zeit oder gar nicht ersetzt wird.

Unerklärt durch die Theorie von der hämatogenen Quelle des Pigments bleibt ein vom Redner erwähnter Fall eines Naevus pigmentosus bei einer Frau. Der thalergroſse, an der seitlichen Halsgegend befindliche Naevus verdunkelte sich nach jeder Konception sofort vom Sepiabraun ins Schwarze, so daſs die Frau schon im ersten Monate, noch bevor irgend ein anderes Zeichen der eingetretenen Schwangerschaft vorhanden war, aus der Farbenveränderung ihres Pigmentmales ihre Konception erfuhr.

Ebenso schwer läſst sich die enorme Entwicklung von Pigment beim Pigmentsarkom und Karzinom auf einen hämatogenen Ursprung zurückführen.

Man wird nicht umhin können anzunehmen, daſs in den letzterwähnten Formen das Protoplasma der Zellen selber, sei es daſs dieselben unter einfach gesteigerten Nutritions- und Proliferationsverhältnissen, sei es unter besonderen Nerveneinflüssen stehen, den Farbstoff liefert, und daſs das Pigment hier in den Zellen autochthon vorhanden sei.

An den normal pigmentierten Hautstellen enthält das Derma gar keine oder nur spärliche pigmentführende Zellen. Es finden sich hier auch nicht die von Langhans beschriebenen Zelleinscheidungen der Gefäſse, denen ebenfalls die Rolle zugeschrieben wird, das aus dem Hämoglobin der roten Blutkörperchen gewonnene Pigment den Retezellen zuzuführen. Trotzdem bleibt die Pigmentierung der Epidermis konstant. Man wird, um dieselbe zu erklären, auch hier den basalen Zellen die Funktion der autochthonen Pigmentbildung oder wenigstens die vitale Eigenschaft zuschreiben müssen, ihr wie immer gewonnenes Pigment festzuhalten. — Diese vitale Eigenschaft erklärt manche Vorgänge beim Pigmentschwund.

Die Achromatose der dünnen Epidermislagen über atrophischen und Granulationsnarben tritt ein, weil die basalen Retezellen zur Aufnahme des Pigments fehlen. Für das Zustandekommen der Pigmentation ist eben ein unversehrter Papillarkörper d. i. eine normale Papille mit ihrer Gefäſsschlinge und dem vollständigen Aufbau des Rete notwendig.

Die centrale Achromatose nach Resorption entzündlicher und neoplastischer Infiltrate wie bei Syphilis, Lupus, Lepra, Pigmentsarkome kommt deshalb zustande, weil bei der Resorption die pigmenthaltigen Zellen abgestoſsen werden, oder bei Atrophie der Papillen keine normale Reteschicht zur Wiederaufnahme des Pigments gebildet wird. Andererseits wird die bei dem Vorgange eintretende Hyperpigmentose der Randzone dadurch erklärt, daſs die Resorption eine energischere Lymph- und Säfteströmung bedingt, bei welcher die Pigmentkörnchen der zerfallenden Retezellen weggeschwemmt und in die benachbarten, normalen, zur Aufnahme von Pigmentkörnchen fähigen Retezellen abgelagert werden. Es ist dies also eine Verschleppung des Pigments. Insofern läſst sich der Pigmentschwund der hämatogenen Theorie anpassen.

Schwieriger ist die Entscheidung beim Leukoderma syphyliticum, wo die Achromatose häufig sich an solchen Stellen findet, an denen vorher weder Papeln

noch Roseolen sich gezeigt haben, wo also von einer Resorption und einem Zerfall der Retezellen nicht die Rede sein kann.

Ebenso läfst uns die hämatogene Theorie im Stiche bei der Vitiligo, beim Ergrauen der Haare und beim Albinismus. Die kapillaren Cirkulationsverhältnisse im Papillarkörper und in der Cutis sind in den letzterwähnten Formen zumeist normale, die roten Blutkörperchen weisen einen normalen Hämoglobingehalt auf, die Retezellen sind normal und doch nehmen sie kein Pigment auf. Auch hier wird man annehmen müssen, dafs die Retezellen bei der Pigmentation nicht nur eine passive Rolle spielen, sondern selbst Pigmentbildner sind. Diese den Retezellen eigentümliche chromatopoetische Funktion, vielleicht unter bestimmten Nerveneinflüssen stehend, kann bei Störungen der Innervation cessieren und jene Pigmentationsanomalien hervorrufen.

Da Pigmentnaevi, Pigmentmangel notorisch durch Generationen sich forterben können, so hat es entwickelungsgeschichtlich mehr Wahrscheinlichkeit für sich, dafs eine vitale Eigenschaft, wie die chromatopoetische Funktion, als dafs der rein mechanische Vorgang einer Transportierung des hämatogenen Pigmentes aus dem Derma in das Rete vererbt wird. —

Redner kommt am Ende seines Vortrages zu folgenden Schlüssen:

1. Für viele Pigmentationsvorgänge scheint die Quelle in dem Hämoglobin resp. Hämatin der roten Blutkörperchen zu liegen — sie sind hämatogen.

2. Bezüglich vieler anderer Pigmentationsvorgänge, Pigment-An- und Rückbildung, reicht diese Annahme zur Erklärung nicht aus und ist

3. eine chromatopoetische Funktion anderer Protoplasmengebilde, speziell der basalen Retezellen annehmbar. *C. Berliner-Aachen.*

Einwirkung des Chrysarobins auf einige Fermente und auf gewisse Schyzomyceten, von Prof. Campana. (*Riforma med.* Mai 1890.) In seinem Bestreben, die Natur der Psoriasis zu erforschen, legte sich der Verf. zunächst die Frage vor, warum das Chrysarobin eine so deutlich ausgesprochene und sichere Wirkung auf die Psoriasis ausübt. So suchte er die therapeutische Wirkung des Medikaments experimentell genauer zu erklären. Zu diesem Zwecke liefs er das Chrysarobin in Pulver, in ätherischer oder in wässeriger Lösung auf Sarcina lutea, Staphylococcus pyogenes aureus, auf das schwarze und das rote Ferment etc. einwirken. Alle diese Versuche zeigten, dafs das Chrysarobin in keiner Weise die Entwickelung dieser Mikroorganismen beeinträchtigen kann. *Tommasoli-Modena.*

Müller in Beatenberg berichtet (*Correspondenzbl. f. schweiz. Ärzte*) über seine günstigen Erfolge, die er mit der innerlichen und äufserlichen Anwendung des **Ichthyols** erzielt hat: Schnelle Beseitigung einer sehr schmerzhaften Nackensteifigkeit unter Massage mit 20 % J-Vaseline; Resorption eines pneumonischen Infiltrates und; pleuritischen Exsudates zugleich mit rapider Beseitigung der heftigen Schmerzen Salicyl und andere angewandte Mittel hatten hier im Stiche gelassen; Besserung einer Furunkulosis bei gleichzeitigem innerlichen (Pillen) und äufserlichem Gebrauch (Seife) des Ichthyols; aufserordentlich günstiges Resultat in einem Falle von Chlorose, wo Eisen erfolglos geblieben war; in diesem Falle war besonders frappant die günstige Wirkung auf den Appetit. M. weist ferner auf die Unschädlichkeit des Ichthyols bei innerlichem Gebrauche hin. *C. Müller-Freiburg i./S.*

Über Epidermistransplantationen nach Thiersch, von L. Hendrix. (*Annales de méd. et de chirurgie.* II. 1890.) Angesichts der verschiedenen Übelstände, welche der Reverdinschen Methode anhaften, hat Thiersch dieselbe auf Grund experimenteller

histologischer Untersuchungen entsprechend modifiziert. T. unterscheidet an der Granulationsfläche 2 Schichten, eine tiefere fibröse, resistentere mit horizontal verlaufenden Gefäßen und eine oberflächliche (die eigentliche Granulationsschicht), von weicher Konsistenz und stark durchfeuchtet, sehr reich an Gefäßen, die in vertikaler Richtung zu denen der tieferen Schicht verlaufen. Diese Schicht nun eignet sich gar nicht zum Zustandekommen der Anheilung transplantierter Lappen, weshalb es T. als Haupterfordernis für ein günstiges Resultat betrachtet, dieselbe gründlich zu entfernen.

Zur Desinfektion des Operationsfeldes verwendet T. ausschließlich 6 ‰ NaCl-Lösung, während Socin-Basel und andere mit bestem Erfolg Sublimat und Karbolsäure verwenden. Chloroform wegen der geringen Schmerzhaftigkeit nicht erforderlich; keine Esmarchsche Binde! Entfernen der Granulationen mit dem Volkmannschen Löffel; Hämostase; Abtragen des Lappens mit planconcavem Messer von einer möglichst wenig behaarten Fläche (äußere Oberschenkelfläche, Gegend der Trochanteren); derselbe kann bis 20 cm lang und 4 cm breit sein, muß möglicht dünn ausfallen, auch immerhin das Stratum mucosum des Rete enthalten. Solcher Lappen werden verschiedene bis zur vollständigen Überdeckung der wunden Fläche aufgetragen und ihre Ränder etwas übereinander gelegt, damit keine freien Zwischenräume entstehen. Nachbehandlung einfach: impermeable Streifen von Guttapercha etc., darüber antiseptischer Verband; nach 5 Tagen erster Verbandwechsel.

Während nun bei der Reverdinschen Methode, infolge der Kontraktion der sich in Narbengewebe umwandelnden weichen Granulationsschicht, sich fehlerhafte Narben bilden, fällt dieser Umstand nach der Thierschschen durch die Entfernung eben dieses Granulationsgewebes weg.

Die histologischen Vorgänge bei der Anheilung der Lappen sind die von Garrè beschriebenen. (*Beitr. zur klin. Chirurgie.* Bd. IV. Heft 3.)

Die Methode findet hauptsächlich Verwendung bei Verbrennungen, bei Wunden nach Traumen und chirurgischen Eingriffen, während sie bei Ulcus cruris weniger sichere Resultate liefert, in welchem Falle übrigens die Reverdinsche meist im Stiche läßt. Auch H. hat die Methode mit sehr gutem Erfolge angewandt und anwenden sehen. *C. Müller-Freiburg i./S.*

Zur Aristolfrage, von Dr. Weissblum. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. Heft 1.) Es wurde bei den Heilversuchen mit Aristol in der dermatologischen Klinik des Herrn Prof. Kaposi eine 10%ige, in ganz wenigen Fällen eine 20%ige Aristolsalbe gebraucht.

8 Psoriasisfälle wurden ausschließlich mit Aristol behandelt. In den 3 leichteren Fällen wurde nach 2—14tägiger Behandlung ein Abblassen der Efflorescenzen erreicht. In den 5 schwereren mußte die Behandlung mit Pyrogallussäure zu Ende geführt werden. 12 Fälle wurden vergleichend mit Aristol und Pyrogallussäure behandelt. Die Pyrogallussäure bewirkte eine viel schnellere Besserung, in den schwereren Fällen mußte wieder zu ihr rekurriert werden. In 1 Falle wirkte das A. bei Psoriasis des behaarten Kopfes und des Gesichts nicht ungünstig.

Der V. glaubt das Aristol in leichteren Fällen von Psoriasis, wo man genügend Zeit für die Behandlung hat, und in solchen Fällen, die ein milderes Mittel verlangen, empfehlen zu können.

Das A. kam in Anwendung in 8 Fällen von Ekzem, teils seborrhoischen, teils Berufsekzemen und that namentlich im Stadium squamosum gute Dienste. In 3 Fällen von Favus und in 1 von Alopecia areata leistete Aristol nicht mehr, als was auch die Vehikel leisteten. Die Anwendung von Aristolpulver bei Lues ulcerosa gummosa erzielte absolut keinen Erfolg. *C. Berliner-Aachen.*

Angioneurosen.

Über einen Blutbefund bei Purpura haemorrhagica. Von Dr. Theodor Spietschka-Prag. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. Heft 2.) Der Verf. hat seine Beobachtungen an zwei, in der Klinik des Herrn Prof. Pick behandelten Fällen von Purpura haemorrhagica angestellt. Die Blutproben bestanden 1. in einer Zählung der r. und w. Blutkörperchen; 2. in der Bestimmung des Hämoglobingehaltes mit dem Fleischlschen Apparate; 3. in der mikroskopischen Untersuchung eines gefärbten Deckgläschenpräparates.

Bei der Zählung der roten Blk. vermittelst des Zeiß-Thomaschen Apparates fand Verf. die Angabe des normalen Verhaltens der weifsen Blutkörperchen zu den roten mit 1 : 300—400 nicht bestätigt und pflichtet mehr den Autoren bei, welche ein Verhältnis von 1 : 500—800 und darüber annehmen.

Bei der mikroskop. Untersuchung des Blutes wurde nach der Ehrlichschen Methode verfahren. Ein mit einer recht dünnen Blutschicht bestrichenes Deckgläschen wird an der Luft getrocknet, hierauf eine Stunde lang auf 120° erhitzt, wodurch das Hämoglobin in den r. Blk. fixiert wird. Sodann läfst man das Präparat 12 Stunden in Flemmingscher Lösung liegen, spült es in destilliertem Wasser gut ab und trocknet es mit Fliefspapier unter leichtem Drucke ab. Die Färbung nahm der Verfasser in der Weise vor, dafs er einen Tropfen konzentrierter, kalt gesättigter alkoholischer Aurantialösung auf dem Deckgläschen sich ausbreiten und an der Luft verdunsten, dann einen zweiten Tropfen in derselben Weise eintrocknen liefs. Das Präparat wurde hierauf in Alkohol lange gewaschen, bis kein Farbstoff mehr ausgezogen wurde, sodann 24 Stunden in kalter, heifsgesättigter, wässriger Gentianaviolettlösung liegen gelassen, darnach mit Wasser und verdünntem Alkohol abgespült, einige Augenblicke in Alkohol gewaschen, mit Fliefspapier abgetrocknet, mit Terpentinöl aufgehellt und in Xylol-Canadabalsam eingebettet.

Die hämoglobinhaltigen Bestandteile nahmen den violetten Farbstoff überhaupt nicht an, während die Kernsubstanz einen schönen dunkelvioletten Farbenton zeigte.

Im Folgenden teilt der Verf. unter ausführlicher Beschreibung der beiden erwähnten Fälle von Purpura haemorrhagica das Ergebnis seiner Blutuntersuchungen mit. — Er fand, dafs die Zahl der r. Blk. und der Hämoglobingehalt je nach der Intensität der Blutungen Schwankungen unterworfen waren, dafs die Regeneration aber sehr schnell vor sich ging. In den meisten Präparaten war das Verhalten der r. Blk. kein anderes als bei gesunden Menschen. Nur diejenigen Präparate, welche nach vorangegangenen, intensiven, langdauernden Blutungen der Patienten vorgenommen wurden, zeigten viele rote Blutkörperchen mit einem violettgefärbten, centralen Kern, während das Protoplasma gelb gefärbt war. Der Verf. glaubt, dafs es sich hier um rasch regenerierte, noch nicht reife, zu früh in die Blutbahn gelangte, junge rote Blutkörperchen handle, ähnlich denjenigen, welche nach den Untersuchungen von Löwith, Müller u. a. in ihrem Jugendzustande gleichfalls Kerne enthielten und sich auf dem Wege der indirekten Kernteilung, der Karyokinese vermehrten.

Im *Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmacie.* Bd. 28. teilt Gabritschewsky mit, dafs sich bei verschiedenen Anämieen und Leukämieen verhältnismäfsig sehr viele polychromatophile Erythrocyten vorfänden, d. h. rote Blutkörperchen, die bei Doppelfärbung beide Farben aufnehmen. Spietschka läfst es unentschieden, ob es sich bei den polychromatophilen Erythrocyten ebenfalls um Jugendformen der r. Blk. oder, wie Ehrlich annimmt, vielmehr um eine Koagulationsnekrose handle.

C. Berliner-Aachen.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Beiträge zur Anatomie und Physiologie der Oberhaut, von James Loewy. (*Archiv f. mikr. Anat.* Bd. XXXVII.) In dem Laboratorium des Herrn Dr. Blaschko hat L. eine systematische Untersuchung der Unterfläche der Epidermis und der Oberfläche der Cutis an der gesamten Hautdecke von Neugeborenen, Erwachsenen und alten Leuten vorgenommen. Damit ist eine Ergänzung der Publikationen von Blaschko und von Philippson, welche sich auf denselben Gegenstand beziehen, geliefert. Nach dem Vorgange des Letzteren bediente L. sich der Essigsäure $^1/_2$—$^1/_4$ % zur Herstellung der Flächenbilder und erprobte auch eine 6%ige Holzessiglösung. Einige der durch dieses Verfahren gewonnenen Bilder sind als Photogramme der Arbeit beigefügt und zeigen zum Teil recht gut die Mannigfaltigkeit in den Formen des epithelialen Leistennetzes; allerdings sind derartige Illustrationen nicht so klar und verständlich wie die Präparate selbst. — Da die Flächenbilder es erlauben, in gröfserer Ausdehnung das Leistennetz resp. die Papillen zu übersehen, so suchte L. die Beziehungen in der Richtung der Leisten und derjenigen der Bindegewebsfasern der Cutis zu ermitteln. Er kommt zu dem Resultate, dafs (mit einziger Ausnahme der Lippen) die Richtung der Leisten vollkommen mit derjenigen der Bindegewebsfasern übereinstimmt. Im Verlaufe seiner Untersuchungen entdeckte L. ferner verschiedene Stellen auf der Haut (Brust, Bauch, Genitalien u. a. m.), wo die Leisten von einem Punkte radienartig ausstrahlen, d. h. Wirbel bilden. Am Schlusse seiner Arbeit erörtert L. die Ansichten über die Entstehung der Oberhautfelderung und bespricht den Bau der Oberhautfalten. Nach ihm gibt es zweierlei Falten, die in der „Anlage gegebenen" Falten an der Volarseite der Hände und der Plantarseite der Füfse (die sogenannten Furchen) und die „erst später durch die Lebensäufserungen des Organismus entstehenden" Falten an der gesamten übrigen Haut (Funktionsfalten L.). Während Lewinski durch eine physiologische Überlegung zu dieser Deutung der Oberhautfelderung gelangte, beruht die Ansicht von L. wie die von Philippson auf der Untersuchung der Flächenbilder. Aber Letzterer kam zu einer anderen Einteilung und Erklärung der Furchen, wogegen L. eingehend polemisiert. Aus diesem Grunde möchte Ref. etwas ausführlicher auf diese Frage eingehen. Um das Verhältnis der Furchen an der Volarseite der Hand zu denjenigen an der übrigen Haut zu erkennen, ist am einfachsten, das Flächenbild einer Hautpartie zu untersuchen, welche von der Volarseite auf die Rückseite übergeht. Da ist denn leicht zu konstatieren, dafs die Leisten, sowohl diejenigen, welche den Furchen auf der Hautoberfläche entsprechen als die Drüsenleisten, übergehen in das Leistennetz, welches die Unterfläche der Haut auf der Dorsalseite der Hand darstellt. Auf diese Thatsache hat Ref. bereits hingewiesen und die Fig. 9 in der Blaschkoschen Arbeit (*Archiv f. mikr. Anat.* Bd. XXX) als Beispiel dafür angeführt (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. VIII. 1889. pag. 394); dies scheint L. entgangen zu sein, denn er meint, dafs man nur durch Analogieschlufs dazu kommt, die Leisten auf der übrigen Haut mit denjenigen an Vola und Planta in Parallele zu stellen (pag. 181). Für Ref. war diese Thatsache die Veranlassung dazu, die Frage aufzuwerfen, ob nicht wie an der Vola resp. Planta einer Art von Leisten die Furchen (Blaschkos Falten) auf der Oberfläche der Haut entsprechen, ebenso auch den übrigen Leisten an der Vola resp. Planta, den Drüsenleisten und den Leisten an der gesamten übrigen Haut Furchen auf der Oberfläche der Haut entsprechen. Derartige Furchen findet man denn auch, mehr oder weniger gut entwickelt, an der Vola und Planta in der Mitte der Riffe die Schweifsporen verbindend und an der übrigen Haut als ganz zarte Einsenkungen innerhalb der vieleckigen Oberhautfelder (*Monatsh.* a. a. O. pag. 393). Was L. als Senkungsfurchen Philippsons

beschreibt (pag. 189), würde Ref. wohl auch nicht „trotz eifrigsten Suchens“ entdecken können, denn diese Furchen sollen sich nach dem Citate von L. an der Unterfläche der Epidermis durch feinste Linien kund thun und doch nicht mit den Bewegungsfalten identisch sein. Die von dem Ref. aus seiner Mitteilung in den *Monatsh.* eben gegebene Beschreibung zeigt, dafs der Begriff der Senkungsfurchen sich ganz ungezwungen aus der Betrachtung der passenden Flächenbilder von dem Übergang der Vola auf das Dorsum der Hand und aus dem genauen Aufsuchen der entsprechenden Gebilde auf der Hautoberfläche der Vola wie der übrigen Haut ergibt. Im Gegensatz zu diesen Senkungsfurchen, welche auf der Hautoberfläche der Vola und Planta als Furchen oder seichte Einsenkungen, auf der übrigen Haut nur in letzterer Form vorhanden sind, gibt es nun die von physiologischen Verhältnissen abhängenden Furchen. Ref. hat dieselben auf Grund der Flächenbilder in 2 Arten, in Knickungs- und Spannungsfurchen, eingeteilt. Erstere zeigen auf der Unterfläche der Epidermis ein gut ausgebildetes Leistennetz, letztere nur Reste davon. Von ersteren spricht L. garnicht, mit Ausnahme einer Stelle pag. 165: das Epidermisflächenbild des Hodensackes besitzt Funktionsfalten, welche auf ihrer Oberfläche Epidermisleisten zeigen. Unter Nichtbeachtung solcher Falten spricht L. nur von denjenigen, welche nur die Reste von Leisten besitzen. Die Entstehung dieser hat Ref. so geschildert (a. a. O. pag. 395): durch die Spannung, welcher die Haut durch die Bewegungen ausgesetzt ist, wird das ursprünglich gleichmäfsig angelegte Leistennetz stellenweise ausgezogen und auch die entsprechenden Papillen in das Niveau der Cutis einbezogen. Die Folge davon ist, dafs an den Stellen allmählich die in ihrer Spannung erschlafften Bindegewebsbündel einsinken und die Hautoberfläche darüber in Form von Furchen einsinkt. Dieser Ansicht gegenüber macht L. hauptsächlich geltend, dafs die Haut garnicht einer Spannung durch Bewegung ausgesetzt werden kann, da „die Epidermis von vornherein im Überschufs angelegt ist“ pag. 197. Das letztere schliefst L. daraus, dafs die Falten schon früh vorhanden sind. Was das frühzeitige Vorkommen dieser Falten anbetrifft, so gibt L. darüber zwei sich widersprechende Notizen, pag. 187 heifst es: „Die Falten sind schon beim Embryo deutlich ausgeprägt“ und pag. 170: „Die Falten beim Neugeborenen sind minimal, durch feinste Linien angedeutet, unter denen in den meisten Fällen das Leistennetz noch sichtbar ist.“ Ref. hat bei Neugeborenen die Falten nur in Form äufserst feiner Linien auf den Flächenbildern gesehen, kann daher der Schlufsfolgerung L.s nicht folgen. Ebenso wie das Bindegewebe ist auch die Epidermis in einem gespannten Zustande und wird bei Bewegungen gedehnt. Während L. gegen die Ansicht von der Spannung der Haut den obigen Einwurf als das „Wesentlichste“ anführt, setzt er an die Stelle die Erklärung, dafs durch eine Art von Druckatrophie diese Falten ohne Leistennetz und ohne Papillen zustande kommen. Diese Atrophie kann aber doch erst dann einsetzen, wenn die Falten einmal vorhanden sind, sie entstehen aber wodurch? Darauf bleibt L. die Antwort schuldig oder wenn dieselbe in seiner Diskussion liegen soll, so würde er sich in Widersprüche verwickeln. Da diese Falten nach L. doch erst später entstehen sollen, denn er rechnet sie zu den Funktionsfalten, so steht seine Beobachtung, dafs die Falten durch den Überschufs an Epidermis bedingt sein sollen, damit nicht im Einklang. — Das Wesentlichste dieser Arbeit ist jedenfalls der Beitrag zur Kenntnis des Baues des Leistennetzes und der Cutisoberfläche und der dadurch von neuem gelieferte Beweis, dafs die Herstellung von Flächenbildern ein sehr förderliches Mittel für das Studium mancher Verhältnisse in der Struktur der Haut ist.

L. Philippson-Hamburg.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Lepra mit besonderer Berücksichtigung der Übertragung durch Heredität und Kontagion, von Ed. Arning. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. Heft 1.) Nach des Vs. Ansicht ist die Heredität bei der Lepra vielleicht ganz auszuschliefsen; die für die Hereditätstheorie angeführten Fälle sprechen ebensogut für eine frühzeitige Infektion. Der klinische Verlauf der angeblich hereditären Lepra bei Kindern unterscheidet sich in nichts von der Lepra der Erwachsenen. Ferner sind die geschlechtlichen Funktionen bei Lepra herabgesetzt, wenn nicht ganz erloschen (bei anderen chronischen Infektionskrankheiten ist dies nicht der Fall z. B. bei Syphilis und Tuberkulose); daher wird eine Vererbung bei Lepra wohl unmöglich. Dafs Kinder schon in frühem Alter leprös erkranken, ist darauf zurückzuführen, dafs die Lepra eine „Familienkrankheit" ist und also „eine frühzeitige Infektion unter dem Einflusse des leprösen Privatklimas herbeizuführen vermag". Oft sind ja auch die Kinder die zuerst erkrankten Mitglieder einer Leprafamilie.

Der V. führt ferner einen eigenen und mehrere in der Litteratur bereits beschriebene Fälle für die Übertragbarkeit der Lepra durch Kontagion an; weiter beweist er, dafs hereditär nicht belastete Europäer aus leprafreien Ländern nach kurzem Aufenthalt in Lepragegenden leprös wurden, was doch sicher gegen die Hereditätstheorie spreche.

Von klimatischen und tellurischen Einflüssen ist die Lepraverbreitung nicht abhängig, sondern dieselbe geschieht nur durch den Menschen und vom Menschen auf den Menschen, obgleich ein Zwischenwirt bei der Übertragung nicht absolut sicher auszuschliefsen ist. Hutchinsons Fischthorie ist unhaltbar.

Mehr Interesse verdient die angebliche Verbreitung der Lepra durch die Vaccination von Arm zu Arm, wofür A. ebenfalls bekannte und bisher noch unbekannte Beweise anführt. In der Lymphe, welche A. aus den Vaccinepusteln der an kutaner Lepra erkrankten Personen gewann, waren immer Leprabacillen vorhanden, in denen bei Lepra nervorum fehlten die Mikrobien. Ebensowenig konnte er dieselben in Moskitos nachweisen, welche sich mit dem Blute der Leprakranken vollgesogen hatten.

Zum Schlufs bespricht er noch die Lepra-Impfung Keanus, gegen die einige Ärzte eingewendet, dafs dieser Fall deshalb belanglos sei, weil ein Sohn, ein Vetter und ein Neffe des Keanu jetzt leprakrank geworden sind.

Dem hält A. gegenüber, dafs z. Z. der Impfung Keanu vollkommen gesund war und jetzt typisch leprakrank ist. Auch den zweiten Einwand Swifts, Keanu sei schon früher leprös gewesen, weil in 5 Jahren die Lepra nicht so schwere Erscheinungen machen könne, widerlegt A. durch den Fall des Pater Damien, welcher nach 7jähriger Dauer der Krankheit zum Opfer fiel.

Allerdings wird absolute Sicherheit erst dann herrschen, wenn unsere Untersuchungsmethoden Aufschlufs darüber geben, ob die betr. Mikrobien noch lebensfähig oder schon abgestorben sind. *P. Taenzer-Bremen.*

b. *Tuberkulose.*

Über Lupus der Extremitäten, von C. Reuter. (Bonn, 1890. Dissert.) Die Arbeit beschäftigt sich in eingehender Weise mit den verschiedenen Formen, unter denen der Lupus an den Extremitäten auftritt, sowie mit den durch die Erkrankung hervorgerufenen Folgeerscheinungen. Am Schlufs bespricht Verf. kurz Statistik, Differentialdiagnose und Therapie. *Hahn-Bremen.*

Über einen Fall von Excision von Lupus des Gesichts mit unmittelbar darauf folgender Hauttransplantation, von Geo. Ryerson Fowler. (*Brooklyn. med. Journ.* Febr. 1891.) F. berichtet über einen ausgedehnten ulzerierenden Lupus vulgaris, der bei einer 65jährigen Patientin fast die ganze Nase einnahm und sich auf die Wangen und die inneren Augenwinkel erstreckte. Die ganze kranke Fläche wurde mittels Messers und scharfen Löffels entfernt. Auf die geschaffene Wunde wurden gleich darauf Hautstreifen nach Thierschs Methode transplantiert. Innerhalb 14 Tagen trat Heilung ein. Es stellte sich später kein Lupusrecidiv ein.

A. F. Büchler-New-York.

Über die Wirkung der kantharidinsauren Salze bei Lupus, von Dr. Saalfeld. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1891. No. 10.) In der Sitzung der Berl. Med. Gesellschaft vom 4. März 1891 berichtet Herr S., dafs er seit dem 23. Februar einen Fall von Lupus vulgaris der Wange behandelt habe, den er der Gesellschaft vorstellte. Es handelt sich um einen $12^3/_4$jährigen Knaben, welcher aus gesunder Familie stammt, in seinem dritten Lebensjahre eine Pneumonie durchgemacht hat und im fünften Jahre die Masern überstand. Der Lupus begann vor ungefähr 3 Jahren. Es ist ein Lupus der linken Wange und zwar ungefähr auf der Haut der Mitte des unteren Unterkieferrandes. Der Längendurchmesser der Affektion war wenig über 2 cm, während der gröfste Breitendurchmesser etwas über 1 cm betrug. Am 23. Februar erste Injektion von einer Viertelspritze, d. h. $^1/_2$ dcmg des Mittels. Am Tage der Vorstellung fünfte Injektion. Lokale Reaktionserscheinungen waren nur ein einziges Mal vorhanden, d. h. der Knabe hatte eine geringe schmerzhafte Infiltration, die ohne weitere therapeutische Mafsnahmen zurückging. Beobachtet wurde ein Abflachen des erhabenen Lupus, ferner ein Blasserwerden der Affektion — als der Patient in die Behandlung kam, war die Farbe dunkelbläulichrot — aufserdem ein deutliches Kleinerwerden der ganzen Stelle. Die Stelle bestand im ganzen aus 3 Partieen, die von einander mehr oder weniger deutlich durch einen Streifen anscheinend normaler Haut abgegrenzt waren. Die obere Partie war die gröfste, dann folgte die mittlere als die zweitgröfste, und die untere Partie war die kleinste. Unmittelbar vor dem unteren Pol befand sich eine kleine schuppende Stelle. Nach Entfernung der Schuppen zeigte sich hier auch ein ungefähr stecknadelkopfgrofses, in die Haut eingesprengtes Lupusknötchen. Nach den Injektionen liefs sich ein wirklicher Einflufs des Mittels konstatieren. Im Urin zeigte sich während der ganzen Behandlung kein Eiweifs; Harnbeschwerden waren nicht vorhanden. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über ein neues Heilmittel gegen Tuberkulose, von J. Pick. (*Intern. klin. Rundschau.* 1891. No. 11.) P. hat ein neues Heilmittel gegen Tuberkulose entdeckt in einem auf nicht weiter angegebene Weise erhaltenen Produkt des Russes. Dasselbe stellt eine „rotbraune, dunkle, vollkommen klare" Flüssigkeit dar, frei von Blausäure und Kreosot und wird innerlich efslöffelweise genommen oder inhaliert. Verf. will nach 3—4 Wochen Besserungen bei Lungen-, Kehlkopf- und Gelenktuberkulose beobachtet haben, und teilt zur Illustration einen Fall mit, welcher mit dem Mittel behandelt wurde. *Hahn-Bremen.*

c. *Syphilis.*

Syphilis auf Island. Ein Brief des Herrn Dr. Schierbeck in Reykjavik, mitgeteilt von Dr. E. Lesser in Leipzig. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. Heft 1.)

Auf Island hat die Syphilis bisher nicht festen Fufs fassen können, ebenso wenig kommt trotz des grofsen Pferdebestandes auf der Insel der Rotz daselbst vor, vielleicht nur aus rein äufseren Gründen, weil die Gelegenheit zur Ansteckung fehlt.

Die Frage der Immunität der Isländer gegen die Syphilis wird in dem Schierbeckschen Briefe dahin beantwortet, dafs innerhalb 8 Jahren 6 Isländer, resp. Isländerinnen an Syphilis erkrankt waren, welche sämtlich die Krankheit aus dem Auslande importiert hätten, ohne jedoch auf der Insel selbst weitere Personen anzustecken. Eine Immunität der Isländer gegen die Syphilis ist demnach nicht vorhanden.

Die eingeborenen Syphilisimporteure sind zumeist bemittelte, von jedermann gekannte Leute, denen daran gelegen ist, die Krankheit zu verheimlichen, und von ihr so schnell als möglich befreit zu werden. Den Fremden wird es überhaupt nicht leicht, in intimen Verkehr mit der Bevölkerung zu kommen. — Auch Phthisis soll auf Island nicht vorkommen. Schierbeck hat lange Zeit nach Tuberkelbacillen gefahndet, bis er sie im Januar 1890 zum ersten Male bei einem Isländer fand, der 3 Jahre zuvor nach einem längeren Aufenthalte in Kopenhagen brustkrank geworden war. *C. Berliner-Aachen.*

Wann wird die Lues konstitutionell? Von Dr. Otto Lasch. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. Heft 1.) Mit der obigen Frage hängt eine andere eng zusammen: Ist der Primäraffekt schon ein Zeichen der konstitutionellen Lues, oder ist er nur ein lokales Symptom, nur die Eingangspforte des syphilitischen Virus? Es ist Thatsache, dafs Individuen, welche die Krankheit einmal durchgemacht haben, gegen dieselbe immun sind. Nach Bitter, Finger u. a. wird die Immunität durch die chemischen Stoffwechselprodukte der Syphilisbacillen hervorgerufen. Finger war es, der zuerst versucht hat, klarzulegen, was im Verlaufe der Syphilis als unmittelbare Bakterienwirkung, was als ein Effekt der Stoffwechselprodukte anzusehen sei.

Wann tritt diese Immunität ein? Die Frage kann durch Impfungen auf den Träger des syphilitischen Primäraffekts gelöst werden. So lange die Inokulationen mit dem virulenten Sekret noch einen Primäraffekt ergeben, so lange ist die Immunität noch nicht vorhanden.

Nach Anführung der einschlägigen Litteratur fügt der Verf. 3 ausführlich beschriebene Fälle aus der Breslauer dermatologischen Klinik hinzu. In einem der letzteren entwickelte sich lange Zeit nach der Inokulation, nur wenige Tage vor dem Ausbruche der Roseola noch eine typische Sklerose. Der Verf. zieht aus den bisher gemachten Beobachtungen den Schlufs, dafs vor dem Erscheinen der Roseola die Möglichkeit besteht, den Träger eines Primäraffektes mit dem Sekrete desselben erfolgreich zu impfen, dafs also die Immunität gegen das syphilitische Virus höchstens erst im Verlaufe des primären Stadiums eintritt. Der Primäraffekt ist nicht ein Zeichen der konstitutionellen Syphilis. Wäre er das, dann müfste mit ihm zugleich auch die Immunität gegen die Syphilis einsetzen, die jeder konstitutionell Syphilitische besitzt. Dies ist indessen nach den obigen Beobachtungen nicht der Fall.

C. Berliner-Aachen.

Zwei neuere Fälle von extragenitaler Syphilisinfektion, aus der Poliklinik des Dr. S. Róna, von Dr. Ignatz Heisler in Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1891. No. 8.)

No. 1. (Sclerosis menti) 23jährige Friseurin (virgo intacta). Vor 6 Wochen bemerkte sie am Kinn und zugleich auf der Unterlippe ein erbsengrofses, schmerzloses, hartes Gebilde, welches sich allmählich vergröfsernd, langsam ulzerierte; vor 4 Wochen intumescierten die Submaxillardrüsen; seit 2 Wochen Schmerzen im Rachen, rechten Ellbogengelenk und in der Gegend des rechten Radius. Stat. praesens: Am Kinn, in der Richtung der vom rechten Mundwinkel ausgezogenen Linie ist eine haselnufsgrofse, auf knorpelharter Basis sitzende, scharf begrenzte Induration, deren Oberfläche zu einem mit blutigem Schorf bedeckten Geschwüre zerfallen ist. Auf der Unterlippe, 3 mm vom rechten Mundwinkel, ein bohnengrofses, weiches, aber festen Untergrund

besitzendes Geschwür. Polyadenitis mit Ausnahme der Inguinaldrüsen; der Rumpf mit Roseola und Papeln bedeckt. Plaques auf den grofsen Schamlippen und am linken Arcus palatopharyngeus. Über die Art der Infektion äufsert sich Pat. dahin, dafs wahrscheinlich Küsse des (angeblich syphilitischen) Bräutigams die Ansteckung herbeiführten.

No. 2. (Sclerosis tonsillarum) 10jähriger Knabe, bei welchem vor 2½ Monaten am Halse eine schmerzlose Geschwulst auftrat; wegen einer schmerzhaften Intumescenz des linken Kieferastes wurde ihm der erste untere Mahlzahn extrahiert. Stat. praesens: Roseola auf der ganzen Hautoberfläche, am Penis 2 linsengrofse Papulae. Polyadenitis. Am After links ein linsengrofses Condyl. latum. Plaques muqueuses auf der Ober- und Unterlippe, an der Stelle des fehlenden Zahnes. Beide Mandeln, beide Arcus palatoglossi et pharyngei sind intumesciert, überhaupt ragen die Mandeln bedeutend hervor, auf ihnen ein unregelmäfsiges, mit graulich weifsem Detritus bedecktes, eine Exkavation darstellendes Geschwür, dessen Ränder scharf gegen die Umgebung abgesetzt sind. Milz vergröfsert. Es ist also erwiesen, dafs das syphilitische Gift an beiden Tonsillen in den Organismus eindrang. Die Infektion wurde wahrscheinlich durch Trink- oder Efsgeschirr vermittelt. *Róna-Budapest.*

Über das während der Entwickelung der Hautsymptome bei hereditärer Syphilis auftretende Fieber, von Dr. J. Erös. (*Gázánat.* 1891. No. 13.) Wir besitzen sehr geringe Kenntnisse darüber, wie sich die Temperatur des Organismus in der Eruptionsperiode der manifesten (Haut- und Schleimhaut-) Symptome der hereditären Syphilis verhält. E. stellte sich zur Aufgabe, dieses Verhalten zu studieren und es bot sich ihm in 5 unkomplizierten Fällen Gelegenheit dazu, aus welchen hervorgeht: 1. dafs die Entwickelung der Syphilissymptome auf Haut und Schleimhäuten auch bei Neugeborenen Fieber begleiten kann, welches mit dem Ausbruch des Exanthems (maculae, papulae, pemphigus) auftritt und bis zu Ende der Eruptionsperiode dauert;

2. dafs das Fieber kontinuierlich oder intermittierend sein kann;

3. dafs das Fieber variiert zwischen 38.0—39.0° C. Nur selten stieg es über 39.0° C.;

4. in den Fällen, wo bei der Geburt schon ausgeprägte Syphilissymptome vorhanden waren, trat nur einmal Fieber auf, als sich nämlich eine neuere Eruption einstellte.

E. wirft noch folgende, weder durch seine noch durch andere Beobachtungen beantwortete Fragen auf:

1. Begleitet auch im fötalen Leben Fieber die Eruptionsperiode?

2. Ist die Entwickelung der visceralen Syphilissymptome von Fieber begleitet? *Róna-Budapest.*

Beiträge zur Kenntnis der syphilitischen Gelenkkrankheiten, von Dr. med. Carl Rash. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. Heft 1.) Zahlreiche ältere wie neuere Autoren unter letzteren besonders Richet, Lancereaux, Fournier, Virchow, Finger u. a. haben eine syphilitische Arthropathie anerkannt. Rash hatte Gelegenheit im Kopenhagener Krankenhause mehrere Fälle von syphilitischen Gelenksaffektionen zu sehen. — Eine der hierher gehörigen Formen ist die Chondroarthritis syphilitica (Chondritis syphilitica-Virchow, chronisch hypertrophische, syphilitische Synovitis-Finger). Leichenbefunde von dieser Affektion sind nur 6 mal erwähnt. Der Verf. fügt 3 früher nicht publizierte Fälle hinzu:

I. Syphilitische Erkrankung der beiden Patellae und des obersten Teiles der rechten Tibia bei einem Manne.

II. Gummata der Haut und des Periosts, Necrosis ossis frontis et ossis metacarpi secund., Periostitides variae, Chondro arthritis cubiti utriusque etc.

III. Kutane, zum Teil gruppierte, ulzerierende Gummata, Chondro arthritis syphilitica genu sinistri.

Diese Form der syphilitischen Gelenkkrankheit ist charakterisiert teils durch eine circumscripte Ulzeration und Zerfaserung des Knorpels mit Bildung villöser Exkrescenzen, teils durch strahlige deprimierte weifse Narben im Knorpel, teils durch diffuse Verdickung der Gelenkmembran und reichliche Proliferation von Villi. Sowohl die Kapsel wie der Knorpel werden konstant ergriffen, daher des V. Bezeichnung „Chondro arthritis syphilitica" anstatt Virchows Chondritis syphilitica. Allerdings können solche Gelenkerkrankungen im Anschlusse oder in Fortsetzung einer syphilitischen Ostitis oder Osteomyelitis vorkommen, also sekundär. — Die Knorpelgeschwüre gehen wahrscheinlich aus gummösen Infiltrationen hervor, und die weifsen, strahligen Narben sind als Residuen nach derartigen Entzündungen aufzufassen.

In zwei vom V. erwähnten Fällen aus dem Kopenhagener Krankenhause liegt nur die klinische Beobachtung vor.

a) Arthritis syphilitica genu sinistri.

Heilung durch Jodkalium. Status praesens: Anschwellung des linken Kniees mit flüssigem Exsudate in der Kapsel die verdickt ist. Grofse Empfindlichkeit am Condylus internus femoris. Das Knie wird in Beugestellung gehalten, kann aber vollständig gestreckt werden. Keine Krepitation, kein Ausflufs aus der Urethra.

b) Arthritis syphilitica genu sinistri.

Ozaena. Früher periostales Gumma am Acromion. Die Krankheit besteht seit einem Jahre.

Status praesens: Am Acromion eine kleine, rote, etwas empfindliche am Knochen anhaftende Narbe, die Artikulation frei. Der linke Unterschenkel ist leicht atrophisch. Das linke Kniegelenk ist geschwollen. Keine Empfindlichkeit der Knochen. Beugung bis 90° möglich. Die Kranke zeigt aufser einer Ozaena keine Symptome von Syphilis. Unter Jodkaliumgebrauch und Massage geht die Schwellung zurück, die Beweglichkeit bessert sich. Die Patientin wird entlassen, nach einem halben Jahre mit einem Gumma am Schädel und den analogen Anzeichen einer Gelenkerkrankung am rechten Knie. Als wesentlichste Symptome dieser Form nimmt der Verfasser an: Eine diffuse ziemlich weiche Kapselgeschwulst mit relativ nur in geringem Grade beschränkten Bewegungen, bei welchen der mehr oder weniger intensive Schmerz nicht gesteigert wird und in zweien der erwähnten Fälle Kontraktur des Gelenkes; überwiegend fanden sich beide Kniegelenke ergriffen. Über Verlauf, Dauer und Prognose lassen sich definitive Angaben noch nicht aufstellen. Differentiell diagnostisch kommt bei dieser Form die von den Franzosen beschriebene Periarthritis gummosa in Betracht.

C. Berliner-Aachen.

Schanker der Finger, von R. W. Taylor. (*Med. Record.* Januar 17. 1891.) Die Schanker der Finger lassen sich in 4 Formen einteilen: 1. Die schuppende Papel oder Tuberkel. 2. Der exkoriierte oder exulzerierte Schanker. 3. Der fungöse Schanker. 4. Der panaritiumartige Schanker.

Die erste Form ist die mildeste und seltenste. Die Prädilektionsstelle derselben ist die Dorsalfläche, seltener wird sie an den seitlichen oder Palmarflächen beobachtet. Diese Schankerform beginnt mit einem kleinen roten Pünktchen, welches ziemlich rasch an Umfang zunimmt, bis es sich etwa in 14 Tagen in einen runden, ovalen, schuppenden Papulo-Tuberkel von kupfriger oder auch gelegentlich von Rosafarbe umbildet, von dem Durchmesser eines halben Zolles. In diesem Zustande kann es

Wochen lang oder auch Monate lang verweilen und dann mit Hinterlassung einer bräunlich pigmentierten Stelle sich involvieren. Erstreckt sich jedoch der Prozeſs auf die Hautfalten über den Gelenken, so fissuriert der Schanker leicht, und kann auch durch ein dazukommendes Trauma exkoriieren oder exulzerieren. Der Verlauf dieses Schankers ist gewöhnlich ein höchst indolenter.

Die zweite Form des Schankers — der exkoriierte oder exulzerierte Knoten — ist die häufigste. Ihre Prädilektionsstelle ist das Fingerende. Diese Schankerform beginnt durch eine Pustel oder eine rötliche Exkoriation von variabler Gröſse und nimmt an Umfang zu; so finden wir am Ende der zweiten bis vierten Woche eine groſse, glatte, granulierende oder auch knollige Masse von bläulich roter Farbe und von beträchtlicher Härte. Der weitere Verlauf gestaltet sich je nach der Behandlung. Wird der Schanker nicht gereizt, so involviert er sich langsam. Tritt das Gegenteil ein, so kann er lange Zeit bestehen, ja T. hat einen Fall beobachtet, der ein ganzes Jahr persistierte. Diese Chronicität ist ein wichtiger Faktor, denn er birgt in sich die Gefahr der Ansteckung für andere.

Die dritte Form — der fungöse Schanker — ist häufiger; sie besteht zuerst aus einem exkoriierten oder exulzerierten Knoten, auf dem sich, durch das Hinzutreten einer Reizung oder durch inhärente Eigenschaften des Schankers selbst, groſse, lange, durch kleine aber deutliche Zwischenräume getrennte Granulationen ausbilden, die dem Schanker ein fungöses Aussehen verleihen. Diese Form des Schankers, die sich auch durch chronischen Verlauf auszeichnet, ist von bräunlich roter Farbe, und von weicher schwammiger Konsistenz. Unter angemessener Behandlung involviert sich der Schanker; es bleiben jedoch Verunstaltungen des Fingers zurück in Form von rötlich-blauen Narben, oder auch mehr oder weniger Zerstörung des Nagels.

Der panaritiumartige Schanker, obschon nicht sehr häufig, wird doch etwas öfters beobachtet als der schuppende Schanker; er beginnt gewöhnlich am Nagelrande, entweder als ein exkoriierter oder nicht exkoriierter Fleck, oder auch als ein entzündliches Infiltrat, das sich am Sulcus begrenzt und dann sich seitlich ausbreitet.

Mit der Zunahme des Schankers schwillt die letzte Phalanx und nimmt eine bullöse Form an; es tritt häufig Geschwürsbildung um den Nagel ein; dieser Substanzverlust ist öfters mit einer bräunlich-grauen nekrotischen Membran bedeckt und liefert eine kopiöse aber fötide Sekretion. Der Nagel nimmt nun eine dunkle Farbe an und wird schliefslich locker. Diese Form kann leicht mit einem nichtspecifischen Panaritium, oder auch mit der Perionychia syphilitica hereditaria verwechselt werden.

A. F. Büchler-New York.

Über die vermeintliche Gefahr der subkutanen Kalomelinjektionen. Von Dr. G. Smirnoff-Helsingfors. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. Heft 2.) In der *deutschen med. Wochenschrift.* 1889. No. 1. findet sich eine Zusammenstellung derjenigen Syphilisfälle, welche infolge subkutaner Kalomelinjektionen einen tötlichen Ausgang genommen haben, darunter gehörten 6 der syphilit. Abteilung in Helsingfors an, deren dirigierender Arzt der Verf. war. — Smirnoff sucht im Folgenden nach den Gründen für den unglücklichen Ausgang dieser Fälle, die geeignet gewesen wären, die subkut. Kalomelinjektionen vollständig in Mifskredit zu bringen.

Vier der 6 Todesfälle fielen in die Zeit vom August 1882 bis Mai 1883. Die Quantität Kalomel, welche S. für die Injektionen anfänglich gebrauchte, erreichte bei weitem nicht diejenige, die Scarenzio, Ricordi durch Jahre hindurch ohne Gefahr den Patienten injiziert hatten. Die Einzeldose von 0,2 war zwar dieselbe, aber die Intervalle zwischen den Injektionen gröfser. — Als sich in einem Herbste bei den Injizierten Abscesse in bedenklicher Weise häuften, untersuchte S. das Glycerin,

mit dem das Kalomel verrieben wurde, und fand in demselben eine grofse Zahl sehr kleiner, spanähnlicher Körperchen, welche die Kanüle sehr leicht passieren konnten. Der Gebrauch eines ganz reinen Glycerins setzte in der Folgezeit die Abscesse auf ein Minimum herab.

Hinter die eigentliche Ursache der Todesfälle kam S. erst, als im Jahre 1888 eine Puella publica von kräftiger Körperkonstitution nach einer Einspritzung von 0,2 Kalomel an einer schweren, gangränösen Stomatitis lebensgefährlich erkrankte. Es wurden damals gelegentlich der Prüfung der neu eingeführten Grammwage zufälligerweise auch 5 Kalomelpulver abgewogen. Hierbei stellte es sich heraus, dafs nur eins genau das Quantum von 50 cgr enthielt, wie es auf dem Rezepte verschrieben war, alle übrigen variierten zwischen 35 und 65 cgr. Die Möglichkeit ist deshalb nicht ausgeschlossen, dafs nach der Verreibung mit dem nicht immer reinen Glycerin einzelnen Patienten eine zu grofse Dosis eines unreinen Präparates injiziert wurde. — Hinzu kamen noch die schlechten hygienischen Verhältnisse, welche bis zum Jahre 1888 in der Abteilung des Verfassers geherrscht hatten. So war es auch die mangelhafte Ventilation und die mit Quecksilberdämpfen geschwängerte Luft, welche direkt oder indirekt den Tod einer Lupuspatientin verschuldet hatten. Das Mädchen bekam durch Einatmen vom Quecksilberdämpfen, welche Syphilispatienten verbreiteten, ohne dafs es selbst mit Merkur behandelt wurde, zweimal ulzeröse Stomatitis und ging an einer sich daranschliefsenden Miliartuberkulose zu Grunde.

(Wir können dem Verfasser in dem Punkte der Hygiene um so mehr beipflichten, als wir vor wenigen Tagen erst Gelegenheit hatten, uns mit einem erfahrenen Arzte hierselbst darüber zu unterhalten, wie überaus wichtig für das Wohlbefinden, ja für die Heilung der mit Merkur behandelten Syphilispatienten es wäre, dafs dieselben sich in einer geräumigen, gut ventilierten Wohnung aufhielten. Er selbst, so erzählte uns der Herr Kollege, hätte sich einmal durch seine Patienten, die bei ihm in der Sprechstunde verkehrten, eine empfindliche Stomatitis mercurialis zugezogen. Ref.)

C. Berliner-Aachen.

Regressive Ernährungsstörungen.

Über den elektrischen Leitungswiderstand der Haut bei Sklerodermа. Von Dr. Siegmund Lewith. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. Heft 2.) Eine Messung des elektrischen Leitungswiderstandes hat Erben an der Klinik von Prof. Kaposi bei zwei Fällen von Sklerodermа vorgenommen und gefunden, dafs die erkrankten Partieen gegenüber den normalen eine erhebliche Verminderung des Leitungswiderstandes zeigten, dafs auch Übergangsstellen der normalen Haut in die sklerotischen dieselbe Erscheinung aufwiesen. — Um festzustellen, ob diese Beobachtungen Erbens allgemeine Gültigkeit hätten, nahm der Verfasser gelegentlich zweier Fälle von Sklerodermа eine Messung des Leitungswiderstandes vor.

Der eine Fall betraf eine 35jähr. Frau, die den Beginn der Erkrankung in die Zeit nach der dritten Entbindung verlegte. Es zeigten sich damals zuerst eine intensive Röte des linken Handrückens, des Vorderarmes und des rechten Fufsrückens, sodann trat eine Anschwellung dieser Teile ein. Die Entwickelung der Krankheit war von Schmerzen in den Gelenken und von Kreuzschmerzen begleitet. Während im Verlaufe von 2 Jahren das Leiden in centraler Richtung sich ausdehnte, schwollen die zuvor erkrankten Partieen ab. Die Haut über den angegriffenen Stellen wurde nach und nach glatt, glänzend, gespannt, von fast brettharter Konsistenz. Im Kniegelenk

ist infolge der starken Spannung der Haut die Bewegung nahezu aufgehoben, im Fufsgelenk behindert. — Die Patientin ist schwächlich, anämisch.

Der 2. Fall betrifft eine 25jährige Näherin, die früher häufig mit Feldarbeiten beschäftigt war. Vier Jahre zuvor war sie bleichsüchtig und vor 2 Jahren bemerkte sie zum ersten Male auf dem rechten Handrücken einen kreuzergrofsen, roten Fleck, der sich allmählich ausbreitete, in der Peripherie mehr blaurot, im Centrum mehr hell und glänzend war.

Fast um dieselbe Zeit trat auf dem rechten Fufsrücken ein blauroter Fleck auf. Die Patientin zeigt eine wenig entwickelte Muskulatur und ist anämisch. Die Haut an den ergriffenen Partieen ist zumeist bräunlich-rot verfärbt, die Furchung scharf ausgeprägt, die Epidermis glatt, glänzend, derb. Nur über den Fufsrücken ist sie blafsbraun, abschuppend, von lederartiger Konsistenz. Am rechten Handrücken ist die Affekttion am weitesten vorgeschritten. Die Beschaffenheit der Haut ist hier dieselbe wie in dem ersten Falle.

Die ersten Versuche, die der Verfasser anstellte, ergaben nicht überall an den ergriffenen Partieen eine Herabsetzung des elektrischen Leitungswiderstandes. Da sich mit der Messungsmethode Erbens eine Übereinstimmung mit dessen Ergebnissen nicht erzielen liefs, so bediente sich der Verfasser der Methode, wie sie an Prof. Picks Klinik in Anwendung kommt. Es wird ein Strom von bestimmter Stärke durch die zu untersuchenden Stellen hindurchgeleitet und seine Veränderung von Minute zu Minute notiert. Die Resultate der zahlreichen Untersuchungen waren nicht derartige, dafs man bestimmte Sätze für das Verhalten des Leitungswiderstandes bei Sklerodermie aufstellen könnte. Dagegen war der Verfasser in der Lage durch die Annahme eines Polarisationsstromes, der bisher bei derartigen Untersuchungen unberücksichtigt blieb, manche Anhaltspunkte für die Erklärung des verschiedenen Verhaltens des Leitungswiderstandes zu gewinnen.

Für den Dermatologen mag es von Nutzen sein, wenn er sich bei Gelegenheit dieser Arbeit ins Gedächtnis zurückruft:

1. die Gröfse des Widerstandes hängt von der Epidermis,
2. die Verschiedenheit von der Dicke der Epidermis,
3. die Herabsetzung von einer infolge von Kataphorese entstehenden Durchfeuchtung der Epidermis ab.

Die Widerstandsherabsetzung ist demnach abhängig von der Raschheit, mit der die Kataphorese erfolgt.

4. Die Kataphorese hängt ab einmal von der Stärke des angewandten Stromes und zweitens von der Beschaffenheit der Haut, welche zuläfst, dafs das Eindringen von Flüssigkeit langsamer oder rascher erfolgt. *C. Berliner-Aachen.*

Verschiedenes.

Die Prostitutionsfrage.

Von

Dr. F. A. Rietema

in Rotterdam.

(Schluſs.)

In der Überzeugung, daſs eine groſse Anzahl Moralisten und Theologen in Bezug auf das oben Erörterte durchaus nicht mit uns einverstanden ist, kommen wir noch einmal auf unsere frühere Behauptung zurück, nämlich, daſs es nicht möglich ist zu beurteilen, was auf geschlechtlichem Gebiete moralisch oder unmoralisch sei. Sollte jemand meinen, der Arzt sei nicht befugt über Sachen zu urteilen, die gewöhnlich zu dem Gebiete der Theologen und Moralisten gerechnet werden, so machen wir ihn darauf aufmerksam, daſs gerade der Arzt und zumal der Syphilidolog durch seine Praxis in den Stand gesetzt wird, den Menschen nicht nach dem, was er in der Gesellschaft zu sein scheint, sondern nach dem, was er in Wirklichkeit ist, zu beurteilen vermag und daſs, wenn er ein guter Beobachter ist und nicht allzu rasch generalisiert, seine Beurteilung der zu einer bestimmten Zeit herrschenden Ansichten über Geschlechtsmoralität eine weit richtigere sein wird als die irgend eines anderen.

Jedoch zur Sache. —

Gewöhnlich bequemt sich jeder Mensch nach den in seiner Umgebung dem Anschein nach geltenden Ansichten über Geschlechtsmoralität, aber immer unter dem Vorbehalt sich für jenen lästigen Zwang zu entschädigen, sobald dies ohne Wissen jener Umgebung geschehen kann, und im Grunde ist es jener Umgebung auch ziemlich einerlei, wie man geschlechtlich lebt, wenn die betreffende Person nur dafür sorgt, daſs gewisse äuſsere Formen möglichst wenig verletzt werden.

Was man Schamgefühl nennt, ist also eigentlich nur ein negativer Begriff. Mantegazza sagt irgendwo: „so wie das Schamgefühl bei den verschiedenen Menschen verschieden ist, so hat auch jede Rasse einen verschiedenen Begriff vom moralischen Wert des Beischlafs“, und damit sind wir völlig einverstanden, wenn er aber daraus folgert, das Schamgefühl sei gewissermaſsen ein Gradmesser für die Moralität der verschiedenen Völker in Bezug auf die Liebe, so ist dies nur eine nichtssagende Phrase, womit denn auch in Widerspruch steht was er später bemerkt:

„Zwei gleich ausschweifende Völker, die sich der Befriedigung ihrer Sinnlichkeit mit gleicher Energie hingeben, können sie entweder in der Verborgenheit ihrer Häuser ausüben, oder auf den öffentlichen Markt tragen. Oft genug erscheint uns ein Volk nur keuscher, weil es heuchlerischer und schamhafter (?) ist. Heute feiern wir keine Osirisfeste, keine Bacchanalien, keine indischen Orgien im ersten Frühlingsmonate mehr, aber in Paris und den anderen grofsen Hauptstädten Europas fröhnt man im Schweigen der Nacht und hinter den Wänden privater und öffentlicher Häuser Ausschweifungen, welche die kühnste und verwegenste Feder nicht zu beschreiben vermag.“ Nicht nur jede Rasse, sondern jedes Volk, ja sogar jedes Individuum hat seine eigene Moral; ich sondere hier natürlich diejenigen aus, welche, zu einer bestimmten Kirche gehörend, sich den von dieser Kirche vorgeschriebenen Moralitätsbegriffen nicht blofs zum Schein, sondern auch in der That unterordnen. Nach den Ansichten, die in der gebildeten Welt, soweit sie sich zum Christentum bekennt, zu gelten scheinen, ist die Ehe der einzige Weg, der zum Ausüben des Coitus berechtigt; keine Ehe, kein Coitus. Treffend sind die von Herrn Nowack über diesen Gegenstand gemachten Bemerkungen: „Man verlangt, dafs derjenige, der nicht in der Lage ist, sich verheiraten zu können, seinen Geschlechtstrieb beherrsche und ohne Befriedigung desselben weiter strebe und arbeite, um endlich sich in die Lage zu versetzen, in der es ihm möglich ist, sich verheiraten und nun in der durch das Sittengesetz gestatteten Weise seinen Geschlechtstrieb befriedigen zu können. Glaubt man aber nicht, dafs man mit dieser Beherrschung des Geschlechtstriebes, die von einer Abtötung desselben kaum mehr zu unterscheiden ist, an den Menschen, wie er im Durchschnitte veranlagt ist, ein Verlangen stellt, dem er nicht genügen kann, dem kaum die auf der höchsten Stufe geistiger Entwickelung stehenden Menschen zu entsprechen vermöchten? Glaubt man nicht, dafs sobald sich zeigt, es werde ein solches Verlangen thatsächlich doch nur an jene Menschen gestellt, die man in der Gegenwart mit dem Namen der „Enterbten“ zu bezeichnen pflegt, eben diesem ohnehin kaum erfüllbaren Verlangen unwillkürlich der Stempel einer ganz unerträglichen Härte aufgedrückt wird, gegen welche der Mensch als gegen eine Unnatürlichkeit sich mit aller seiner Kraft auflehnen dürfe? Man denke darüber wie man will; das kann als unbestreitbar hingestellt werden, dafs es noch keinem jener Rigoristen, welche ein so schweres Gebot als ein Postulat des Sittengesetzes jenen Menschen auferlegen wollen, die aus äufserlichen Gründen nicht heiraten können, gelungen ist, auf eine Zeit hinzuweisen, in der diesem ihrem Postulate entsprochen worden wäre. Wenn nun aber die Staatsgewalt eben dieses Postulat zu dem ihren macht und ihrerseits jede aufsereheliche Befriedigung des Geschlechtstriebes als Unzucht erklärt, welche, wenn auch nicht sofort strafbar, so doch

keineswegs zu dulden ist; — — — was wird der notwendige Erfolg hiervon sein? Nichts anderes, als die latente Prostitution, die von den Behörden aus Gründen staatlicher Notwendigkeit nicht gesehen wird, aber eben deswegen auch von ihr nicht geregelt, nicht überwacht werden kann, und nur, wenn sie sich gar zu frech an die Oberfläche vordrängt, mittelst Strafgewalt in die Dunkelheit zurückgeworfen wird. Und diese latente, behördlich nicht sachgemäfs geregelte und überwachte Prostitution ist, seit die Syphilis in Europa heimisch wurde, auch die fürchterlichste Verbreiterin dieser verderblichen Krankheit."

Wenn man sich dazu entschliefsen könnte, jenen exklusiven Ehebegriff aufzugeben und sich anstatt dessen zu freieren und dem menschlichen Organismus mehr entsprechenden Ansichten zu bekennen, so würde dies auch praktisch in Anbetracht der gegenwärtigen gesellschaftlichen Verhältnisse von nicht geringem Nutzen sein. Mit Recht sagt DARWIN, dafs Armut ein grofses Übel sei und dafs man, wenn dies das einzige Erbe, was man seinen Kindern überlassen könne, besser thue garnicht zu heiraten. Wie wenig Anklang diese Meinung bis jetzt in unserer Gesellschaft gefunden hat, zeigt uns ein einziger Blick auf unsere Umgebung. Gerade bei der niederen Volksklasse ist der Kindersegen (sit venia verbo) am reichsten; dort werden Präservativmittel gegen Schwangerschaft am wenigsten angewandt, teils weil man sie nicht kennt, teils weil jener Stand noch am meisten unter dem Einfluſs religiöser Bedenken steht.

Grofs ist die Anzahl erblicher Krankheiten und sehr zu loben sind diejenigen, welche, wenn sie daran leiden, nicht heiraten und folglich der Gefahr entgehen, mit demselben Fehler, bisweilen in noch höherem Grade als sie, behaftete Individuen ins Dasein zu rufen. Hier könnte zwar bemerkt werden, dafs das Heiraten nicht immer notwendig das Entstehen von Kindern zur Folge habe, ebensowenig wie Nichtheiraten den Besitz ausschliefse. Man sieht aber gewöhnlich, dafs, wenn einmal geheiratet worden, wenn nicht von beiden Seiten, doch häufig von seiten der Frau ein lebhaftes Verlangen nach Kindern empfunden wird, sodafs, wenn weder bei dem Manne noch bei der Frau organische Fehler vorhanden sind, solche sich denn auch bald einstellen. Kinder zeugen ist ja doch der eigentliche Zweck der Ehe. Ferner ist es eine bis jetzt noch immer nicht genügend erklärte Thatsache, dafs Prostituierte gewöhnlich unfruchtbar sind. So gelangen wir allmählich zu der Frage, ob denn der aufsereheliche Verkehr, wenn allgemeiner wie jetzt in das Leben eingeführt, wirklich ein so grofses Übel wäre, dafs dadurch die Fundamente unseres gesellschaftlichen Gebäudes erschüttert würden. Wir glauben gerade das Gegenteil. Weil die Ehe gleichsam den Grundstein zu dem Gebäude unserer Gesellschaft bildet, so ist es sehr erwünscht, dafs alles angewandt werde und alles daraufhin arbeite, dafs die Ehe, aus der die Elemente

einer folgenden Gesellschaft hervorgehen, ihrem Zweck möglichst völlig entspreche, nämlich, sie sei eine auf gegenseitige Zuneigung beruhende Verbindung, welche die Zeugung einer in jeder Hinsicht, körperlich wie geistig, gesunden Nachkommenschaft beabsichtige. Man wird uns wohl nicht Lügen strafen, wenn wir behaupten, dafs dies Anforderungen sind, denen bei der Eingehung eines Ehebündnisses nur äufserst selten, nur ausnahmsweise genügt wird; Regel ist, dafs beim Zustandekommen eines Ehebündnisses Standes-, finanzielle und derartige Erwägungen eine Hauptrolle spielen. Die Folgen bleiben denn auch nicht aus. Für viele Frauen, zumal für die den höheren Ständen angehörigen, ist die Ehe ein Freibrief geworden, alles dasjenige zu genieſsen, was ihnen vor derselben nicht erlaubt war. Auch sind die von vielen Männern an die Treue ihrer Frauen gemachten Anforderungen nicht sonderlich hoch. Ohne so weit zu gehen wie ein gewisser französischer Edelmann aus dem vorigen Jahrhundert, von dem CHAMFORT erzählt, dafs: „M. DE ROXULMONT dont la femme était très galante, couchait une fois par mois dans la chambre de madame, pour prévenir les mauvais propos si elle devenait grosse, s'en allait en disant: „Me voilà net, arrive qui plante"; gibt es doch viele Ehemänner, welche, falls nur die Welt nicht davon erfährt, den galanten Abenteuern ihrer Frauen durch die Finger sehen. Es ist denn auch Thatsache, dafs eben Verheiratete die ständige und ergiebigste Kundschaft der Bordelle bilden. Kurz, in vielen Fällen ist die Ehe gerade das Gegenteil von dem, was sie sein sollte. Dies ist so allbekannt, so wahr, dafs es sogar eine ganze Kategorie von Männern gibt, welche, obgleich in jeder Hinsicht, sowohl physisch wie finanziell zum Heiraten befugt, dennoch vorziehen, unverheiratet zu bleiben, weil sie innig überzeugt sind, dafs die Aussicht auf eine glückliche Ehe eine zu ungünstige ist, und sie den Mut nicht besitzen sich unter diesen Umständen an eine Ehe zu wagen.

Man denke sich nun eine Gesellschaft, in der nur von Denjenigen Ehebündnisse geschlossen werden, welche sowohl in physischer wie in finanzieller Hinsicht dazu berechtigt sind und wo diejenigen, welche diese beiden Eigenschaften nicht besitzen, nicht heiraten, sondern in gut kontrollierten Bordellen, je nachdem es die Mittel erlauben, der gelegentlichen Befriedigung ihrer geschlechtlichen Bedürfnisse nachgehen können. Glaubt man denn wirklich, dafs das Zustände hervorrufen würde, unsittlicher als die gegenwärtigen? Wir behaupten, auch auf Grund des in den vorigen Seiten Erörterten, das Gegenteil, und wollen nur noch auf ein paar Vorteile hinweisen, die sich indirekt daraus ergeben würden. Der erste, grofse Vorteil wäre eine Beschränkung der Kinderproduktion, folglich der Arbeitskräfte, welche auf die Dauer in unserer Gesellschaft, wo alles von dem eisernen Gesetze von Angebot und Nachfrage beherrscht wird,

ein Steigen der Arbeitslöhne zur Folge haben würde. Zweitens würde dem nach unserem Dafürhalten höchst unsittlichen Zustande ein Ende gemacht werden, wo Menschen, die kaum sich selbst ernähren können, eine Anzahl von Kindern ins Leben setzen, welche, Hungerleider von ihrer Geburt an, häufig schon in jugendlichem Alter auch ihrerseits die Welt mit einer zahlreichen Familie beglücken.

Bei der Lektüre der eben citierten Broschüre des Herrn Prof. NEUMANN freuten wir uns zu sehen, dafs auch er ein Verteidiger der Einrichtung von Bordellen ist. Er sagt: »Und nun sei der Bordelle gedacht, dafs dieselben in grofsen Städten, mit starker, fluktuanter Bevölkerung geradezu unentbehrlich sind, wurde schon gesagt. Die Einrichtung in kleinen Städten, sobald in denselben die Prostitution sich bemerkbar gemacht hat, wäre eben mindestens schon deshalb sehr zweckmäfsig, weil es dann möglich wäre, die Privat-Prostitution gänzlich auszuschliefsen.“ Ausgezeichnet! — und wir fügen noch hinzu, dafs das, was in kleinen Städten möglich, auch in gröfseren Städten möglich ist; weshalb es, nach Herrn NEUMANN in Wien nicht möglich sein würde, 1500 Bordelle zu errichten, ist uns nicht ganz klar. Jetzt treibt sich, zum Ärgernis vieler, der Inhalt jener Bordelle auf den Strafsen herum. Befremdend ist, dafs der verehrte Verfasser, der sich einen Verteidiger der Bordelle nennt, jene Einrichtung völlig in Mifskredit bringt, wenn er sub h der gedruckten Instruktion in seinem Buche für nicht in Bordellen wohnhafte Prostituierte vorschlägt, dafs sie bei genauer Befolgung dieser Instruktion ihr Gewerbe unbeanstandet werden ausüben dürfen, andernfalls aber polizeiliche, eventuell gerichtliche Abstrafung und, falls in der betreffenden Stadt ein Bordell besteht, die Abgabe an dieses, falls in dieser Stadt ein solches nicht besteht, an das der nächstgelegenen Stadt zu gewärtigen haben, welches sie dann vor Ablauf der von der Behörde gesetzten Zeit nicht würden verlassen dürfen. Es begreift sich leicht, dafs wo von staatswegen das Bordell als eine Art Strafanstalt betrachtet wird, nur der Abschaum der Prostituierten sich dazu entschliefsen wird, in ein Bordell zu ziehen, wodurch diese Einrichtung niemals, wie wir es wünschen, Hauptsitz der Prostitution, sondern höchstens eine nur dürftig besuchte Succursale werden würde. Auch bezweifeln wir, ob die Idee Herrn NOWACKS, Prostituierte zu zwingen, zur Strafe eine bestimmte Zeit in einem Prostitutionshause zuzubringen, sich mit den Rechtsprinzipien vertrüge.

Nach unserer Meinung sollen sich Bordelle in nichts von einem gewöhnlichen Hause unterscheiden, aufser etwa darin, dafs auch am Tage die Fenster dicht verhangen bleiben müssen und die Prostituierten sich nicht sichtbar an die Fenster oder in die Thüren stellen dürfen. Warum Herr NEUMANN darauf dringt, dafs die Stiegen und Gänge daselbst Tag und Nacht beleuchtet sein müssen, ist uns, trotz all jenes Lichtes, nicht

ganz deutlich. Wozu jene Tageshelle? Damit die allgemeine Aufmerksamkeit erregt werde? Wir glauben aber gerade, dafs es ratsam ist, dieselbe möglichst wenig rege zu machen.

Noch erübrigt die Beantwortung der Frage, ob sich der Staat, aufser wo es Gesundheitsmafsregeln gilt, auch noch zu kümmern habe um das, was zwischen Bewohnerinnen und Besuchern vorgeht und vorgehen kann. NEUMANN, indem er von Wien spricht, meint, „die Einrichtung der Bordelle dürfte von der anderswo üblichen nicht viel abweichen. Nur dürfte vielleicht der Perversion der Geschlechtslust, wie selbe in anderen Grofsstädten geduldet wird, Einhalt geboten werden müssen. Man kann zwar von den Städten unseres Vaterlandes und insbesondere von Wien sagen, dafs derartige Perversionen sich nicht bemerkbar machen wie in andern Grofsstädten, aber Vorsorge dürfte nicht schaden", und etwas weiter, „der Bordellwirt soll der Behörde direkt verantwortlich sein für alle Vorgänge innerhalb des Hauses. Er hat darüber zu wachen, dafs keinerlei Akte grober Unzucht oder perverser Befriedigung der Geschlechtslust vorkommen." In keinerlei Hinsicht können wir dieser Ansicht beipflichten und sind vielmehr der Meinung, dafs auch hierin den Bordellen eine unbeschränkte Freiheit erlaubt werden soll. Es wäre sehr zu wünschen, dafs ungeheure paradoxe sexuelle Akte, gegen deren Existenz alle Gesetzgebungen vergebens eifern, sich gerade möglichst an denjenigen Orten konzentrierten, wo sie der Gesellschaft am wenigsten gefährlich sind. Dafs übrigens die Gesetzgeber in dieser Hinsicht nichts weniger als einhellig sind, geht unter anderen daraus hervor, dafs Deutschland nur naturwidrige Unzucht zwischen männlichen Personen, Österreich zwischen Personen einerlei Geschlechtes, also auch zwischen Frauen, kennt. Unseres Erachtens sollte jeder Verkehr zwischen Personen verschiedenen Geschlechts, falls er nur von beiden Seiten freiwillig stattfindet, aufser dem Bereich des Strafgesetzes stehen. Ob der Staat klug daran handle, auf den freiwilligen sexuellen Verkehr zwischen Personen desselben Geschlechtes Strafe zu setzen, ist eine Frage, die verschiedentlich beantwortet werden kann. Prof. Dr. v. KRAFFT-EBING sagt: „Ob aber nicht aus Utilitätsgründen (Schwierigkeit der Feststellung der Schuldfrage, Vorschubleistung der scheufslichsten Erpressungen, Chantage u. s. w.) es opportun wäre, die strafgerichtliche Verfolgung mannmännlicher Liebe aus den Codices zu streichen, und die Jugend durch die Unzuchtparagraphen genügend geschützt zu erachten, möge der Gesetzgeber der Zukunft reiflich erwägen." Dasselbe gilt auch von einem derartigen, aber nur in Österreich sträflichen, Verhältnis zwischen Frauen, dem amor lesbicus.

Wir sind allmählich an das Ende unserer Aufgabe gelangt, wollen uns jedoch von dem Leser nicht verabschieden, ohne zuvor noch auf ein

paar Sachen aufmerksam gemacht zu haben, die mit unserem Gegenstand im engsten Zusammenhang stehen. Es ist eine bekannte Thatsache, dafs in beinahe allen Kulturstaaten die Regierung so wenig Rücksicht nimmt auf die verbreitetste und gewissermafsen gefährlichste aller ansteckenden Krankheiten, dafs das Studium derselben dem Arzt fast nirgends zur Verpflichtung gemacht wird, dafs es Universitäten gibt, wo entweder gar nicht oder nur beiläufig Unterricht in jener Krankheit erteilt wird, dafs es Hospitäler gibt, wo die für die Verpflegung der an jener Krankheit leidenden Personen bestimmten Lokale mehr Ähnlichkeit mit Schweineställen als mit Krankenzimmern haben. — Kurz, es hat häufig den Anschein, als ob die Regierung in der Art und Weise, wie noch fast überall der grofse Haufen, die Geschlechtskranken betrachtet, einen Freibrief gefunden zu haben glaubt, auch alles, was sich auf Geschlechtskrankheiten bezieht, vernachlässigen zu dürfen. Umgekehrt ist wieder die geringe Sorge, welche die Regierung für die Krankheit an den Tag legt, der gesonderte Standpunkt, auf welchen sie dieselbe gestellt, für einen grofsen Teil des Publikums ein Grund, diese vom Staate so wenig beachtete Krankheit als etwas ganz besonders Verächtliches zu betrachten, wodurch wieder die Verheimlichung derselben befördert wird, welche ihrerseits bisweilen eine Ansteckung der Umgebung des Syphiliskranken zur Folge hat, weil eine derartige Infektion nicht nur auf geschlechtlichem Wege, sondern auch, und zwar verhältnismäfsig oft, auf eine andere Weise stattfindet. Eine der weiteren Ursachen der Verbreitung der Syphilis ist auch, dafs in vielen Krankenhäusern (Deutschland bildet in dieser Hinsicht eine löbliche Ausnahme) die Behandlung der Hautkrankheiten dem Vorstand der chirurgischen Abteilung überlassen ist. Die Folge davon ist, dafs die Dermatologie nur als Nebensache betrachtet wird. Wie es dort also um die Therapie steht — zumal wenn man in Betracht zieht, dafs die meisten Chirurgen nicht gerade die besten Dermatologen sind — braucht wohl keiner eingehenderen Erörterung. Wenn nun der Kampf gegen die Syphilis in der That ein erfolgreicher sein soll, so ist es gewifs nötig, dafs in jedem Hospital die dermatologische Abteilung unter der Leitung eines geübten Spezialisten stehe. Sehr empfehlenswert wäre es, dafs dort, wo es möglich, ein Zusammenwirken bestände zwischen der Hospitalbehandlung der Prostituierten und deren staatlicher Überwachung.

Will man genannte Zustände verbessern, so mufs der Staat damit anfangen, dafs er vor allen Dingen dem Unterricht in der Lehre der Geschlechtskrankheiten eine ebenso grofse Aufmerksamkeit und Sorge widme wie jedem andern Zweig der medizinischen Wissenschaft; ferner sollte von einem Kandidaten, der zur Ausübung der ärztlichen Praxis zugelassen werden will, eine eingehendere Kenntnis des in Rede stehenden Gegenstandes verlangt werden, als jetzt der Fall ist. Drittens sollte die

Behandlung der an venerischen und syphilitischen Krankheiten leidenden Personen in den Krankenhäusern in keinerlei Hinsicht zurückstehen hinter der der anderen Patienten, und schliefslich soll jeder, dem der Unterricht in der Lehre der Geschlechtskrankheiten obliegt, ja durchdrungen sein von der Überzeugung, dafs, wenn je, es gerade in seinem Fache notwendig, dafs der Unterricht in einer Weise erteilt werde, der nicht den geringsten Anstofs geben kann. Nur allzu oft wird hiergegen gesündigt, traurig aber wahr ist, dafs gerade dort, wo Humanität am besten angebracht wäre, wo es Pflicht, die Folgen menschlicher Schwachheit mit wohlwollendem Auge zu betrachten, häufig nur Kälte und Hartherzigkeit bemerkbar sind. Einige Kliniken haben eine traurige Berühmtheit erlangt durch die Weise, womit vom Haupte derselben die infizierten Prostituierten im öffentlichen Kolleg vorgestellt werden. Unbewufst vielleicht, aber sicher tragen sie dazu bei, das von ihnen vertretene Fach zu diskreditieren. Wem die Fähigkeit abgeht, genau die Grenze zu kennen, wo die Geistreichheit aufhört und die Plattheit anfängt, der wage sich lieber nicht auf dieses Grenzgebiet, wo Irrtümer so leicht möglich.

Wenn diese Winke in der Praxis beherzigt werden, so zweifeln wir nicht daran, dafs sich, wenn auch erst nach einiger Zeit beim Publikum, eine menschenfreundlichere Beurteilung der Syphilisleidenden Bahn brechen werde.

Von der zumal in England und Holland starken Strömung, welche Abschaffung jeder Überwachung der Prostitution und das Verbieten der Bordelle will, haben sich einzelne Ärzte, wir wollen hoffen in der besten Absicht, mitfortreifsen lassen. Gleichwohl wird es vielen Ärzten, fast sämtlich Verteidigern der staatlichen Überwachung, trotz aller Meinungsverschiedenheit inbetreff der Art und Weise, wie dieselbe am besten geschehe, zum fortwährenden Ärgernis gereichen, abtrünnige Brüder in ihren Reihen zu sehen. Vollkommen pflichten wir denn auch Mantegazza bei, wenn er sagt: „Ich habe mich nie gewundert, wenn ich auf einen Philosophen stiefs, der den Menschen nach Fichte oder Kant studierte, ohne je die zuckenden Eingeweide eines solchen gesehen oder eine Fiber mit dem Mikroskop untersucht zu haben, und der dann dem Gesetzgeber den Rat erteilt, aus dem gesellschaftlichem Organismus mit Feuer und Schwert jenen Krebsschaden zu entfernen, den man Prostitution nennt. Ich habe auch nie dagegen geeifert, wenn ich einen Moralisten die Welt zum Autodafé gegen die öffentlichen Häuser auffordern hörte, ihn, der vielleicht das seltene Glück besafs, ohne den sechsten Sinn auf die Welt gekommen zu sein, oder der das noch seltenere Verdienst hatte, ihn mit eisernem Willen unterdrückt zu haben. Wenn ich aber solche Rufe der Unduldsamkeit aus dem Munde eines Arztes ertönen höre, so fasse ich mich mifstrauisch an die Stirn und frage mich mitleidsvoll: Ist denn

der auch wirklich ein Arzt? Gewifs ist das so ein Moralist, der den Menschen in seinen Wollustkrämpfen gesehen und ihn kalten Blutes im anatomischen Museum wieder betrachtet hat. Wer das Anathema gegen die Prostitution schleudert, ist der wirklich ein Arzt, der als mitleidiges Bindeglied dienen soll zwischen dem Gesetzgeber, der in dem Menschen nur den zu bestrafenden Angeklagten erblickt, und dem Menschenfreund, der in ihm nur einen Unglücklichen sieht, der der Heilung und der Hilfe bedarf?" — — — „Darum wollen wir die Fontanelle, die in der Prostitution liegt, beibehalten und zwar mit derselben ängstlichen Sorgfalt, mit welcher ein Arzt eine wertvolle Wunde offen hält, die einem kranken Organismus das Leben rettet; sobald das Leben nicht mehr bedroht und der Organismus wieder in Ordnung sein wird, werden wir auch jene Wunde mit so vielen andern schliefsen, die jetzt noch bluten. Die Häuser der Wollust werden wir entfernen, sobald jeder Mann sein eigenes Nest bauen kann und die Liebe für niemand mehr ein Verbrechen sein wird."

Dieselbe Partei, welche sich so eifrig bemüht, die Abschaffung sowohl der öffentlichen Häuser wie der sanitären Aufsicht herbeizuführen, zeigt eine nicht geringere Ausdauer, dort, wo noch Bordelle existieren, dem Besucher derselben möglichst entgegenzuarbeiten; zu diesem Behufe postieren sie sich nachts (daher der Name Mitternachtsmission) vor die Thüren der Bordelle, um eventuellen Besuchern jener Einrichtungen das Unsittliche und die Gottlosigkeit ihres Betragens vorzuhalten. Dafs auch dieser Weg nicht ohne Dornen, lehrt sie manche wohlverdiente Tracht Prügel.

Vereine zur sittlichen Hebung gefallener Frauen schiefsen wie Pilze aus dem Boden. Während so manche brave Arbeiterfrau ihr ganzes Leben lang einen langsamen Hungertod stirbt, und für diese ehrliche, aber wenig interessante Armut kein Geld zu bekommen ist, werden jährlich beträchtliche Summen dazu verwandt, gefallene Frauen von ihrem Lebenswandel zurückzubringen. Selbstredend spielen dabei strenggläubige und den vornehmsten Ständen angehörige Damen eine Hauptrolle, während ihnen Vorgänger zur Seite stehen, welche, indem sie glauben oder nur vorschützen nach den Prinzipien der christlichen Religion zu handeln, auf jede erdenkliche Weise dafür zu sorgen wissen, nicht nur, dafs die einmal rege gemachte Sympathie in Bahnen gelenkt werde, welche ihrem zeitlichen Wohle zuträglich, sondern auch dafür, dafs sie ihre aufopfernde Liebe für den gefallenen Mitmenschen nicht gerade unter den Scheffel stellen. Sehr ist es zu bedauern, dafs diese Summen nicht zu etwas Besserem verwandt werden. Dafs einige Frauen, deren Kopf durch Romanlektüre oder durch religiöse Grübeleien verwirrt worden, Zeit und Geld auf derartige, von Hause aus, unfruchtbare Unternehmungen verwenden, kann man ihnen nicht allzu sehr verargen. Die wenigen anderen Frauen, die in der That

aus Menschenliebe dazu veranlafst werden, sich an dieser Liebhaberei zu beteiligen, zeigen dadurch, dafs es ihnen an der nötigen praktischen Kenntnis des Lebens fehlt, wodurch sie allein im stande wären, diese Sache vorurteilslos beurteilen zu können. Minder günstig ist aber unser Urteil über Männer, die, wenn sie auch anfangs nicht besser wufsten, doch durch die Erfahrungen, welche sie gemacht, zu der Einsicht hätten gelangen sollen, wie unbedeutend die Erfolge sind, und die trotzdem in ihrem Bestreben fortfahren.

Dafs die sittliche Hebung einer gefallenen Frau in bei weitem den meisten Fällen eine unfruchtbare und wenig lohnende Arbeit ist, erklärt sich aus den Ursachen, die sie dazu veranlassen, sich mittelst gewerbmäfsiger Prostitution zu ernähren. Wir irren wohl nicht, wenn wir jene Ursachen auf zwei Hauptgruppen zurückführen, a. Arbeitsscheu, die wichtigste, und b. Putz- und Genufssucht, welchen sie in ihren gewöhnlichen Verhältnissen nicht nach Belieben genügen können. Dafs übrigens auch eine schlechte Erziehung dazu beitragen kann, dafs eine Frau, die sonst auf dem gewöhnlichen Pfade geblieben wäre, auf Abwege gerät, geben wir gerne zu. Wir nehmen denn auch keinen Anstand zu unterschreiben, was Zola, in Bezug auf die Töchter des zukünftigen Bourgeois satisfait, den Dr. Juillerat sagen läfst: „Il se lâchait sur les femmes, les unes qu'une éducation de poupée corrompait ou abêtissait, les autres dont une neurose héréditaire pervertissait les sentiments et les passions, toutes tombant salement, sottement, sans envie comme sans plaisir", sind jedoch der Ansicht, dafs sowohl die mangelhafte Erziehung wie die erbliche Neurose nur ausnahmsweise die Ursachen sind, weshalb eine Frau die Geschlechtsprostitution zum Gewerbe wählt. Auch sind es nur selten starke geschlechtliche Begierden, die eine Frau dazu veranlassen sich zu prostituieren.

Hieraus geht hervor, dafs, wenn eine Frau in ein öffentliches Haus geht, es nicht irgend ein zufälliger Umstand ist, der sie dazu veranlafste, während sie ohne jenen Umstand nicht dorthin gekommen wäre, sondern dafs ihre eigenen organischen Fehler sie auf diesen Weg geführt haben, und jener zufällige Umstand nur den Ausschlag dazu gegeben hat, dafs ein schon vorher sozusagen bestimmter Lebensweg eingeschlagen wurde. So leuchtet ein, dafs, wer bei solchen Frauen auf eine sittliche Besserung hofft, mehr Gutmütigkeit als Scharfsinn bekundet. Und trotzdem sieht man, wie in unseren Tagen, Schätze an Geld und Zeit auf solch ein vergebliches Bemühen verwendet werden. Es ist dies ein Teil einer allgemeineren Erscheinung, jener krankhaften Philanthropie in Bezug auf alles was zu den „outlaws" gehört. Ungeheuere Summen verwendet man an die Errichtung und Einrichtung der allen Anforderungen der Hygiene genügenden Gefängnisse, nicht weniger bedeutende an die sittliche Hebung

der Gefangenen. Wir wollen garnicht behaupten, dafs es nicht gut sei, Gefangene einer in jeder Hinsicht genügenden Pflege teilhaftig werden zu lassen, sind aber der Meinung, dafs in erster Linie das Hospital in Betracht kommen soll und erst dann das Gefängnis; dafs unsere Mitbürger, welche in dem Kampf ums Dasein an ihrer Gesundheit Schaden erlitten haben, zuerst an der Reihe sind, wo es sich um gute Krankenhäuser und gute Verpflegung handelt. Erst kommt die Sorge für die Verpflegung des kranken Mitmenschen, dann die für die sittliche Verbesserung der Gefangenen und der Huren. Es ist sehr zu bedauern, dafs der Strom der Wohlthätigkeit nicht reichlicher in der Richtung der ehrlichen, aber weniger interessanten Armut fliefst. Gerade jetzt, wo in manchen Kreisen der Gesellschaft der Glauben nicht nur an Gott, sondern auch an die Billigkeit der die Grundlagen unseres gesellschaftlichen Gebäudes bildenden Rechtsbegriffe entweder schon verloren gegangen ist oder doch verloren zu gehen Gefahr läuft, würde eine richtig geleitete Wohlthätigkeit viel Nutzen stiften können. Und eben hier glaube ich, ist dem wahren Arzte in Zukunft eine schöne Rolle vorbehalten, ihm, der durch seine Stellung mit allen Ständen in Berührung kommt, wenn er nur einen nüchternen Sinn und ein warmes Herz besitzt; er kann den Reichen mit dem Leiden der Armen bekannt machen, kann zeigen, was wirklich, ohne falsche Philanthropie zur Verbesserung gereichen kann. Er wird der Mann sein können, der dazu beiträgt, etwas richtigere Begriffe hinsichtlich Geschlechtsmoralität zu verbreiten, der darauf hinweist, dafs man nicht allzu hart urteilen darf über eine Kategorie von Frauen, die, wenn es auch von noch so vielen geleugnet werden mag, dennoch ihre guten Eigenschaften haben und jedenfalls unentbehrlich sind.

(Ende).

Dermatologische Preisaufgabe.

Es hat sich seit langem das Bedürfnis herausgestellt, jüngere Kräfte zur Bearbeitung solcher, meist topographischer Fragen der normalen und pathologischen Anatomie der Haut heranzuziehen, deren endgültige Lösung für den Fortschritt in anderen Teilen unserer Wissenschaft durchaus nötig ist, für welche die Methodik auch bereits fertig vorliegt, deren Bearbeitung aber zu viel Zeit erfordern würde, als dafs in der Praxis stehende Kollegen sich derselben widmen könnten. Der Unterzeichnete hat sich daher entschlossen, bis auf weiteres jährlich eine Preisaufgabe über derartige Themata auszuschreiben, in der Hoffnung, dafs Studierende der Medizin oder jüngere Ärzte sich deren Lösung angelegen sein lassen werden. Die Herren Professoren Hoyer (Warschau) und Klebs (Zürich)

haben sich freundlichst bereit erklärt, die Begutachtung der eingelieferten Arbeiten zunächst zu übernehmen. Die mit dem Preise gekrönte Arbeit wird in den vom Unterzeichneten herausgegebenen *„Dermatologischen Studien“* (Verlag von Leopold Voss) kostenfrei publiziert. Ein die näheren Bedingungen der Preisaufgabe und einige praktische Hinweise zur Lösung derselben enthaltender Prospekt ist von genannter Verlagsbuchhandlung zu beziehen.

Auszug aus den näheren Mitteilungen über die Unnasche dermatologische Preisaufgabe.

1. Die Bewerbung ist eine vollkommen unbeschränkte; jedoch ist das Thema speziell nach Inhalt und Umfang für medizinische Doktoranden berechnet.

3. Die Arbeit muſs bis zum 1. Dezember 1891 eingeliefert werden.

4. Der Preis beträgt *M.* 300.—.

9. Das Thema lautet für das Jahr 1891: *„Topographie des elastischen Gewebes innerhalb der Haut des Erwachsenen.“*

Unna.

Weitere Mitteilungen über ein Heilmittel gegen Tuberkulose.

Die Kochsche Lymphe und der Lupus, von Henri Fournier. (*Journ. des mal. cut. et syph.* Bd. II. pag. 257.) In diesem, vom 15. Dezember 1890 datierten Bericht, spricht sich Fournier sehr hoffnungslos über das Kochsche Verfahren aus. In der Vorliebe der Lymphe für tuberkulöses Gewebe sieht er den einzigen Wert der Kochschen Entdeckung, meint aber gutmütig genug, wegen des vereinzelten Ausbleibens der bekannten Reaktion dürfe man „une manifestation aussi curieuse“ noch nicht sofort der Vergessenheit anheimgeben, ermuntert vielmehr „die Meister, in die wir mit Recht unser Vertrauen setzen,“ zu weiteren Versuchen, die vielleicht doch noch durch inhaltvolle Ergebnisse belohnt werden könnten.

Türkheim-Hamburg.

Lupus vulgaris — Tod 36 Stunden nach Injektion von 2 Milligramm Kochscher Lymphe, von Jarisch. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1890. No. 50). Die Obduktion wies neben reaktiven Veränderungen an den lupösen resp. tuberkulösen Erkrankungsherden an akut ausgebildeten Zuständen nach: Zahlreiche pneumonische Infiltrationen und Oedem der Lungen, hochgradiges Oedem des Gehirns und Rückenmarkes, akute Milzschwellung, parenchymatöse Schwellung der Leber und der Nieren, kapillare Hämorrhagieen der Lungenpleura, des parietalen Perikardiumblattes, der Thymus und des Rückenmarkes. *Török-Paris.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XII. No. 10. 15. Mai 1891.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Über die Entstehung der Atheromcysten (Epidermoide Franke) nebst einigen Bemerkungen über Follikularcysten und Doppelkomedonen.

Von

Dr. Ludwig Török.[1]

Mit einer lithographischen Doppel-Tafel.

Die folgenden Untersuchungen wurden unternommen um den Schlufsfolgerungen Frankes über die Entstehungsweise der Atheromcysten eine breitere Basis zu verschaffen. Franke[2] stützte sich nämlich auf Beobachtungen, welche er hauptsächlich an einem Falle von eigentlichen Atheromen gemacht hatte. Und dieser Fall unterschied sich durch die Multiplicität der sich immerfort vermehrenden Geschwülste von den gewöhnlich zur Beobachtung gelangenden. Es stellte sich daher die Notwendigkeit heraus, solche Fälle von Atheromen zu untersuchen und zu beschreiben, in welchen die Zahl der vorhandenen Geschwülste eine geringere ist, beziehungsweise, wo nur einzelne vorhanden sind; es mufsten überdies die Resultate der Frankeschen Untersuchungen an einer gröfseren Anzahl von gewöhnlichen Atheromfällen auf ihre Gültigkeit geprüft werden.

Die von Franke untersuchten eigentlichen Atherome safsen des weiteren sämtlich auf dem behaarten Kopfe und zwar in der Subcutis. Es waren also ergänzende Untersuchungen auch in der Richtung nötig, ob die Schlufsfolgerungen Frankes auch auf kutane Atherome und auf solche anwendbar waren, welche ihren Sitz an anderen Regionen des Körpers hatten. Endlich war auch die mikroskopische Untersuchung des Atherominhaltes vorzunehmen, da die von Franke untersuchten Geschwülste alle in Alkohol eingelegt wurden, bevor sie zu Händen des

[1] Anm. d. Red. Äufserer Umstände halber hat sich die Publikation dieser Arbeit, welche schon im September vorigen Jahres erscheinen sollte, bis jetzt verzögert.

[2] Franke, Über das Atherom, besonders mit Bezug auf seine Entstehung. *Langenbecks Archiv.* Bd. 34. pag. 536.

Untersuchers gelangten und dieser daher nichts über den Fettgehalt des Atherombreies aussagen konnte.[3]

Es handelte sich vor allem darum, aus dem anatomischen Baue der Atheromcysten zu entscheiden, ob dieselben Retentionscysten der Hautfollikel, oder, wie FRANKE angibt, aus embryonalen Keimen entstandene Geschwülste seien. Aus den früheren Arbeiten, besonders denjenigen FRANKES, war es ersichtlich, dafs hierbei der Nachweis von Papillen in der Atheromwand von besonderer Wichtigkeit sein würde.[4] Bei der Untersuchung einiger in der Sammlung des UNNAschen Laboratoriums in Hamburg vorhandenen Atherome, welche in Alkohol eingelegt waren, fiel es mir bald auf, dafs die gewöhnliche Untersuchung der Atheromwand vermittels Anfertigung von Schnittpräparaten zum Nachweis der Papillen entweder nicht genügend, oder äufserst mühsam und zeitraubend sei. Es kam nämlich vor, dafs Papillen nur an bestimmten Stellen der Wand nachweisbar waren. Wählte ich nun zufälligerweise zur Untersuchung ein Stück der Wand, welches mit Papillen nicht versehen war, dann konnte ich leicht zu falschen Schlüssen gelangen. Ich hätte daher die zur Untersuchung gewählten Atheromcysten vollständig in Serienschnitte zerlegen und diese durchsehen müssen, was besonders bei gröfseren Cysten eine recht langwierige und mühselige Arbeit geworden wäre. Es empfahl sich jedoch für meine Zwecke eine viel bequemere Methode; ich meine die von PHILIPPSON[5] beschriebenen Flächenpräparate. Diese Präparate wurden in der Weise angefertigt, dafs gröfsere Stücke der Cystenwand auf 1—2 Tage in mit Essigsäure schwach angesäuertes Wasser gelegt wurden, wonach die Epithelschicht sich leicht von dem bindegewebigen Balg loslösen liefs.

Nun wurden die so gewonnenen beiden Flächenpräparate mit Hämatoxylin gefärbt und ihre am Atherom einander zugekehrten Flächen untersucht. Diese Methode verband mit der gröfseren Bequemlichkeit noch andere Vorteile, so dafs ich sie, nachdem ich sie einmal für meine Zwecke versucht hatte, im weiteren Verlaufe meiner Untersuchungen besonders bevorzugte. Daneben untersuchte ich in den meisten Fällen die Atheromwand auch auf Schnittpräparaten. Ich wählte für die letztere Untersuchung besonders Stellen, über welche vermittels dieser Methode bessere Aufklärung zu erhoffen war, wie z. B. die der Mündung gewisser Atherome nach aufsen. Durch das Kombinieren beider Methoden kam ich zu viel sicheren Resultaten; indem ich dort, wo auf Schnittpräparaten sehr dünne und weit auseinander stehende Papillen von einem dicken

[3] Auf eine detaillierte Besprechung der hierher bezüglichen Litteratur einzugehen, unterlasse ich unter Hinweis auf die eben citierte Arbeit FRANKES, in welcher die Atheromlitteratur einer eingehenden Würdigung teilhaftig wurde.

[4] Wir kommen später auf diesen Punkt noch zurück.

[5] *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. VIII. 1889. S. 389.

Epithelmantel verdeckt wurden, oder wo sehr niedrige Papillen nur durch einen leicht gewellten Verlauf des äufseren Konturs des Epithellagers angedeutet waren, dieselben auf Flächenpräparaten deutlich nachweisen konnte, ebenso wie ich, indem ich grofse Stücke der Wand auf einmal untersuchte, mich von dem Vorhandensein von Papillen resp. Leisten überzeugen konnte, in Fällen, in welchen die Schnittpräparate nichts dergleichen enthielten, entweder weil zur Anfertigung der Schnitte Stücke der Atheromwand benutzt wurden, welche der Papillen bar waren, oder weil die Schnittrichtung den Leisten parallel ging. Gleichzeitig konnte ich auf den Flächenpräparaten die Form, Gröfse und die Lagerung der Papillen untersuchen, das Gefäfsnetz des Atheroms studieren etc. Die Schnittpräparate dienten dann zur Ergänzung der Untersuchungen an Flächenpräparaten, indem sie mir Aufklärung über den feineren Bau der Atheromwand boten.

Der Inhalt der Atheromcysten, welche mir zu Händen kamen, bevor sie in irgend eine Härtungsflüssigkeit eingelegt waren, wurde frisch und nach der Behandlung mit Osmiumsäure untersucht.

In dem Folgenden gebe ich die histologische Beschreibung der von mir untersuchten Cysten. Dieselben sind zum gröfsten Teile „Atheromcysten“. Aufserdem untersuchte ich einige typische Dermoide der Haut.

A. Atheromcysten.

I. Atheromcysten, welche ich in der Sammlung des dermatologischen Laboratoriums in Hamburg vorfand. Nähere Angaben über dieselben fehlen. Sie waren sämtlich in Alkohol eingelegt. Es konnten daher keine Flächenpräparate angefertigt werden.

a) Subkutanes Atherom von Haselnufsgröfse. (Sitz unbekannt.) An dem gefäfsreichen bindegewebigen Balg sind kleine Papillen wahrnehmbar. Aufserdem finden sich Anschnitte längerer, schräg im Epithellager verlaufender Papillen. Das Epithellager ist an verschiedenen Stellen verschieden dick; im Mittel 12 Zelllagen. Die Zellen zumeist sehr flach, ihr Kern beinahe stäbchenförmig im Durchschnitte. Die unterste Lage flach oder kubisch, an vielen Stellen pigmenthaltig. Die Körnerschicht bildet eine diskontinuierliche Lage. Die wandständigen Hornlagen sehr dicht gelagert.

b) Bohnengrofses, subkutanes Atherom vom behaarten Kopfe. Gefäfsreicher bindegewebiger Balg. Einzelne Kapillaren gehen bis knapp an die Epithelschicht, welche an der entsprechenden Stelle einen flachen Eindruck erhält (Papille?). An einzelnen Stellen längere Epithelzapfen und entsprechend entwickelte Papillen. Mehrschichtiges Epithel, deutliche Körnerschicht. Da und dort Pigment in den Zellen der untersten Epithellage. Neben dem Atherom befindet sich eine ähnliche, ganz kleine Cyste,

welche vom ersteren durch eine schmale Bindegewebsbrücke abgegrenzt ist. Dickes, aus 13—14 Lagen bestehendes Epithellager, dessen oberste Zellen sehr flach sind und nach Dazwischenkunft der Körnerschicht in die Hornschicht übergehen.

c) Linsengroſses Atherom. (Sitz unbekannt). Dasselbe ist mit einem Ostium versehen, welches von einem, aus dicht gelagerten Hornzellen gebildeten Pfropfen verlagert ist, dessen peripherste Lamellen in continua in die wandständige Hornlage des Atheroms übergehen. Der mit wohl ausgebildetem Gefäſsnetz versehene Bindegewebsbalg besitzt an mehreren Stellen deutlich ausgeprägte Papillen. Die Epithelschicht ist über den letzteren zumeist etwas breiter, an den übrigen Stellen der Wand höchstens 4—5 Lagen breit, welche mit Ausnahme der untersten zwei Reihen, aus platten Zellen zusammengesetzt sind. An einer Stelle Hornperle in der Epithelschicht. Nur wenige festgelagerte, wandständige Hornzellenreihen. Viele, intensiv sich färbende (Hämatoxylin) Körnchen in Haufen und zerstreut zwischen den Hornzellen des Inhaltes.[6] Viele Hornzellen sind mit Kernen versehen. Die dem Ostium benachbarte Epidermis besitzt längere Leisten. (S. Fig. 1.)

d) Erbsengroſses, subkutanes Atherom von der Wange. Die Wandung ist dünn. Ihr bindegewebiger Teil zeigt zum gröſsten Teile keinen deutlichen Papillarkörper. Bloſse Andeutungen davon, in Form eines ungleichmäſsigen, kurzwelligen, äuſseren Konturs der Epithelschicht auf der einen Seite; an einzelnen Stellen etwas deutlicher ausgeprägte Fortsätze des Bindegewebsbalges in das Epithellager. An den Stellen mit welligem Kontur der Epithelschicht ist die letztere breiter (7 Reihen, ausschlieſslich der wohlentwickelten Körnerschicht), ihre Zellen wohlgeformt; an den übrigen Stellen sind die Zellen flachgedrückt und nur 4 Reihen vorhanden.

e) Nuſsgroſse, subkutane Atheromcyste vom behaarten Kopfe. Inhalt weich, Wand dönn. Nach Ausleeren des Inhaltes bemerkt man an vielen Stellen der Innenfläche etwa $^1/_2$ mm breite, zu 4—5 nebeneinander parallel laufende Leisten. Mikroskopisch entsprechen diesen Leisten Erhebungen des bindegewebigen Balges, auf welchen mehrere kürzere und längere, Gefäſse enthaltende Papillen sitzen. Diese sind von einer sechsfachen Lage (ohne Körnerschicht) von wohlgeformten Epithelzellen bedeckt.

f) Nuſsgroſses, subkutanes Atherom (Sitz unbekannt). Der mit Gefäſsen wohlversehene bindegewebige Balg sendet stellenweise lange Excrescenzen gegen die Höhle. Die letzteren sind ebenso, wie der gröſste Teil der Wandung mit deutlichen, kurzen und engstehenden Papillen versehen. Die Epithelschicht ist besonders über den Excrescenzen breit

[6] In der Fig. 1 nicht mitgezeichnet.

und besteht aus 5—12 Lagen, von welchen die unterste gewöhnlich zum cylindrischen, die nächsten aus rhombroïdalen oder flachen Zellen bestehen. Deutliche Keratohyalinschichte. Die untersten Zellen enthalten häufig Pigment, und das Bindegewebe ist an den entsprechenden Zellen an grofsen, dunklen Pigmentzellen reich. Manche Gefäfse sind von ziemlich dichter Infiltration umgeben, welche an einer Stelle das benachbarte Fettgewebe mitangreift.

g) Bohnengrofses Atherom vom behaarten Kopfe. Da und dort bildet der bindegewebige Balg einige seichte Einsenkungen in das Epithellager. Das Epithellager besteht aus 6—8 Lagen wohlgeformten oder flachgedrückten Epithels, welches ohne deutliche Grenze in die Hornschicht übergeht (hie und da einige mit Hämatoxylin sich färbende Körnchen in den oberen Zellen). Stellenweise finden sich Hornperlen im Epithellager. Einzelne Hornzellen des Inhaltes mit kernähnlichen Gebilden versehen, andere verkalkt. Da und dort fetthaltige Zellen (mit Osmiumsäure geschwärzt) mit deutlichem Kerne, in gröfserer Anzahl.

II. Zwei subkutane Atherome vom behaarten Kopfe eines etwa 50-jährigen Mannes (bei der Obduktion vorgefunden). Das eine

a) nufsgrofs, dem Schädeldache zu flach, der Oberfläche zu halbkugelig gewölbt, leicht ausschälbar. Die Haut über demselben kahl. Der Inhalt ist zum Teile krümlich, teilweise schmierig, die Randpartieen härtlich und geschichtet, fest aneinander und an der Cystenwand haftend, wodurch die letztere dick und knorpelartig hart erscheint. Die centralen Partieen des Inhaltes sind schmutzig gelb, die peripheren mehr weifslich. Der Inhalt besteht aus Hornzellen, Cholesterintafeln, phosphorsaurem Kalk, Detritus und einigen Pigmentschollen. Die Hälfte des Atheroms wurde in essigsaures Wasser gelegt, und nach 24 Stunden die Bindegewebslage abgezogen. Nun erscheint die Aufsenfläche des Epithellagers (welche dem Bindegewebsbalge zugekehrt war) maulbeerförmig, indem die Epithelschicht halbkugelige Vorwölbungen bildet. Den Furchen zwischen den einzelnen Körnern der Beere entsprechen papillenlose, scharf hervorspringende Leisten des Bindegewebsbalges, in den den Vorwölbungen entsprechenden Säcken des bindegewebigen Balges finden sich schmale Papillen in grofser Zahl von verschiedener Länge, zerstreut oder in Gruppen stehend. (S. Fig. 2.) Wohlausgebildetes Gefäfsnetz.

An Schnittpräparaten sind die Papillen ganz deutlich nur dort zu sehen, wo sie länger und breiter sind. Dieselben haben einen dicken Epithelüberzug. [Man zählt von dem Bindegewebsbalg (neben der Papillenbasis) bis zur Körnerschicht 15—20 Reihen]. Die kleineren, dünnen Papillen sind viel schwerer nachweisbar; sie werden zumeist durch Epithelwulste angedeutet, in welchen wir hie und da ein Gefäfs erblicken, oder deren Basis vom Bindegewebsbalge nur leicht eingedrückt erscheint. An Stellen, wo keine Papillen

vorhanden sind, finden wir blofs 4—5 Reihen mehr flachgedrückter Zellen. Die Keratohyalinschicht ist an verschiedenen Stellen von verschiedener Dicke (1—3 Reihen). Die wandständigen Hornmassen eng aneinander gedrückt, stellenweise Wirbel bildend (besonders zwischen den papillaren Excrescenzen) und zum Teile verkalkt.

Das zweite Atherom

b) bohnengrofs, flach oval, unter der behaarten Haut frei beweglich. Der Inhalt konsistent, die centralen Partieen desselben bräunlich gelb, die peripherischen weifslich, mikroskopisch aus denselben Elementen zusammengesetzt, wie das erste (a). Flächenbild ebenso wie bei diesem; die Papillen sind jedoch kürzer und dünner, ihr Nachweis an Schnittpräparaten ist daher viel schwieriger als bei dem ersten. —

III. Nufsgrofses Atherom vom Kopfe einer 49jährigen Frau, welches seit vielen Jahren besteht. Dasselbe hängt mit der Oberhaut nicht zusammen, ist von flacher Gestalt, hat an seinem schmäleren Seitenrande Einkerbungen, welche quer zu dem letzteren verlaufen, und erhält hiedurch die Form einer Tomate. Inhalt zum gröfsten Teile eine gelbliche, schmierige Masse.

Die Randpartieen sind weifs, geschichtet, viel kohärenter, jedoch an verschiedenen Stellen einen verschieden dicken Wandbelag bildend, wodurch die Innenfläche der Wandung ein villöses Aussehen gewinnt. Die innere (epitheliale) Wandschicht läfst sich ziemlich leicht abziehen. Neben diesem Atherom bestehen noch vier andere.

Der Inhalt besteht aus Homzellen, teilweise in Zerfall, aus Cholesterin in amorphen Schollen, phosporsaurem Kalk und Detritus. Kein Fett. — Flächenbild: Die Epidermis zeigt halbkuglige Vorwölbungen, zwischen welchen tiefe Furchen ziehen. In diesen Furchen ist stellenweise die entsprechende Bindegewebsleiste zurückgeblieben und hie und da auch auf einer kürzeren Strecke vom Epithel umwachsen. An vielen Stellen Gruben im Epithel, einem niedrigen Papillarkörper entsprechend, daneben vereinzelt stehende gröfsere Gruben und Leisten. Die meisten Gruben sind klein und schmal, die ihnen entsprechenden Papillen des Bindegewebsbalges sind ganz kurz und fein, beinahe blofs das Gefäfs führend. Wohlausgebildetes Gefäfsnetz. An anderen Orten grofse, schräge, mit der Epitheloberfläche der Cyste beinahe parallel verlaufende Papillen. Das Flächenbild des Epithellagers zeigt an der korrespondierenden Stelle tiefe Gruben.

In den Schnitten sind die Papillen, wegen ihrer Feinheit, schwieriger nachzuweisen. Das Epithel springt in kurzen oder längeren Halbinseln gegen das Höhleninnere vor, und nur ab und zu sehen wir den bindegewebigen Grundpflock, der häufig beinahe nur aus einem Gefäfse besteht, in der Mitte verlaufen. Das Epithellager besteht in der Gegend der

Papillen aus 15—20 und mehr Zelllagen, an anderen Stellen enthält es bis 8 Reihen. Die untersten Zellen enthalten stellenweise Pigment. Die Stachelzellen sind nirgends flach gedrückt; an einer Stelle umgeben sie eine Hornperle. Die Körnerschicht bildet 1—2 Reihen. Zwischen den papillaren Excrescenzen ist die Hornschicht zwiebelschalenartig angeordnet, über den Papillen leicht gewellt. Der Inhalt ist zum Teil verkalkt.

IV. Enteneigrofses subkutanes Atherom von der Nackengegend des behaarten Kopfes eines 57jährigen Mannes. Dasselbe erlangte im Laufe von 30 Jahren diese Gröfse. Angeblich entwickelt sich auch bei seinen zwei Kindern, welche beide noch nicht das Alter von zehn Jahren erreicht haben, je ein Atherom an der entsprechenden Stelle.

Beim Aufschneiden der Cyste entleert sich eine ziemlich dünne, schmutzig braune Flüssigkeit, auf welcher sich bald eine schillernde Schicht zeigt. Die Wand ist beinahe überall ziemlich dick, der Höhle zu ungleich, höckerig, warzig, und beim Darüberfahren mit dem Messer hört man ein Geräusch wie von verkalktem Gewebe. Die warzige Lage erscheint, nach genügendem Auswaschen mit Wasser, weifs. Sie bildet die dickere innere Schicht der Wand und läfst sich in grofsen Stücken von der äufseren Schichte loslösen. Sie reifst wie Fibrin leicht und mit gleichmäfsigen Rändern. Die äufsere Wandlage besteht aus festerem Gewebe von bindegewebigem Charakter. Ein gröfseres Gefäfs der Wand erweist sich — nach Abnahme der inneren Schicht — als verkalkt. Der Inhalt besteht aus Hornzellen, Cholesterintafeln, Kalkkügelchen und Nadeln, etwas braunem amorphen Pigment und Detritus. Kein Fett.

Die abgezogene innere Schicht erweist sich als Epithelschicht, deren unterste Lage jedoch sich nur unvollkommen losgelöst hat. An Stücken, welche 24 Stunden in mit Essigsäure angesäuertem Wasser verweilten, gelang das Loslösen der Epithelschicht vollkommen. Man sah nun auf der Unterfläche der abgezogenen, dicken Epithelstücke deutliche, schmale, tiefe Gruben, welchen auf dem entsprechenden Flächenbild des bindegewebigen Balges lange, schmale Papillen entsprachen. Die letzteren verlaufen sehr schräge, was auch an der Form der Epithelmaschen gut zu beurteilen war. Sehr gut ausgebildetes Gefäfsnetz des Balges, welches Kapillaren bis in die äufserste Spitze der Papillen sendet.

Auf Schnittpräparaten (die Stücke wurden vorerst entkalkt) erwies sich das mikroskopische Bild den drei vorhergehenden ähnlich.

Die mit dickem Epithelmantel umgebenen Papillen von verschiedener Länge und Breite, die verschiedenen Schichten der Epidermis, die zwiebelschalenartige und gewellte Schichtung der wandständigen Hornschicht wurden ebenso vorgefunden, wie in den vorher beschriebenen Cysten.

V. Nufsgrofses, subkutanes, leicht ausschälbares Atherom vom behaarten Kopfe eines Mannes in vorgerücktem Alter. Dasselbe ist leicht flach gedrückt; an einer seitlich und nach oben gerichteten Stelle findet sich eine erbsengrofse, halbkuglige Ausbuchtung. Der Inhalt ist im Centrum weich, schmierig, weiter peripherwärts lose geschichtet. Die peripherſten Schichten hängen etwas fester zusammen. Der Inhalt besteht aus Hornzellen, Cholesterin und körnigem Detritus. Am Flächenpräparate der Epithelschicht halbkuglige, durch tiefe Furchen voneinander abgeschiedene Vorwölbungen, welche ein mehr oder minder entwickeltes Leistennetz aufweisen. Das letztere fehlt nur stellenweise. Das Flächenpräparat des bindegewebigen Balges zeigt wohlentwickelte, zumeist lange, spitze, sehr schräge verlaufende Papillen. Dieseben befinden sich hauptsächlich in den den Epithelwulsten entsprechenden Vertiefungen. Zwischen den letzteren sehen wir hohe, scharf hervorspringende Leisten, Wohlentwickeltes Gefäfsnetz. Schnittpräparate wurden nicht angefertigt.

VI. Haselnufsgrofses, subkutanes Atherom vom Kopfe eines älteren Mannes. Dasselbe besteht seit vielen Jahren und war im letzten Jahre rascher gewachsen. Es hat eine etwas abgeflachte Form und besitzt drei leichte Ausbuchtungen, als wäre es aus drei Kugeln zusammengesetzt. Der schmierige Inhalt besteht aus Hornzellen und Cholesterin. Die wandständigen Hornlagen fest haftend. Kein Fett. Es wurden nur Flächenpräparate angefertigt. Dieselben zeigen nur stellenweise einen schwach entwickelten Papillarkörper; an anderen Stellen sieht man parallel oder etwas auseinander laufende Leisten.

VII. Atherom, wie das vorige, vom Kopfe eines 38jährigen Mannes. Dasselbe besteht seit 4 Jahren. Aufser diesem ist noch ein zweites bohnengrofses Atherom vorhanden. Der Inhalt besteht aus Cholesterin und Hornzellen. Kein Fett. Die peripheren Schichten des Inhaltes fest aneinander und an der Wand haftend. Es wurden nur Flächenpräparate angefertigt. Dieselben weisen keinen ausgebildeten Papillarkörper auf; es finden sich jedoch einzelne sehr lange und schief verlaufende, schmale Papillen. Deutliches Gefäfsnetz.

VIII. Nufsgrofses Atherom vom Nacken einer 40 Jahre alten Dame. Es wurde vor etwa einem halben Jahre zum ersten Male bemerkt. Es hing mit der Oberhaut nur lose zusammen. Die Wand dünn; der Inhalt geschichtet, ziemlich fest gefügt; die äufseren Schichten weifs, die centralen gelb. Der Inhalt wurde frisch und verdaut untersucht. Derselbe bestand aus Hornzellen, Cholesterintafeln, welche teilweise krümlich und gelblich geworden waren, teilweise abgerundete Spitzen besafsen. Auf dem Flächenpräparate kein Papillarkörper zu sehen. Der äufsere Rand der Epithelschicht zeigt auf Schnitten einen gewellten Verlauf; sie besteht aus 4—5 Lagen eng aneinandergepreſster flacher Zellen, einer

Keratohyalinlage und einer dicken mit Hämatoxylin oder Karmin intensiv färbbaren, fest haftenden Hornlage. Die Stachelzellen sind nur hie und da kubisch und rhomboidal. Der hornige Inhalt färbt sich nur zum Teile (Alkoholhärtung).

IX. Atherom von der Stirne eines 56jährigen Mannes. Dasselbe besteht seit drei Jahren. Es hängt mit der Oberhaut nicht zusammen. Im breiartigen Inhalt ist mikroskopisch ziemlich viel Fett nachweisbar. Die Cyste besteht aus einem ziemlich gefäfsreichen bindegewebigen Balg, welcher an mehreren Stellen kürzere oder längere und in letzterem Falle sehr schräge im Epithellager, zu der äufseren Randlinie des letzteren beinahe parallel verlaufende Papillen besitzt. Stellenweise finden wir eine sehr enge Anordnung der Papillen. Zwei papillare Excrescenzen, die eine 2 mm, die andere $^1/_2$ mm lang, sind schon makroskopisch sichtbar. (Fig. 5.) Neben der längeren befindet sich das erweiterte Infundibulum eines Haarfollikels, dessen Fortsetzung (mit etwas verzerrtem Laufe) in den nächsten Schnitten aufzufinden ist. Ein Musculus arrector ist vom Haarfollikel bis in die lange Papille zu verfolgen, an deren Oberfläche er mit einem Kopfe verläuft, während der andere sich mehr der Achse der Papille nähert. Der Talgfollikel wurde nicht aufgefunden und befand sich wahrscheinlich in einigen in Verlust geratenen Schnitten. Sein Vorhandensein wird von dem fettigen Inhalt der Cyste bewiesen. Das Epithellager besitzt eine wohlausgebildete Cylinder-, Stachelzellen- und Körnerschicht, besonders in der Gegend der Papillen. Neben dem Atherome finden sich an einer Stelle Quer- und Schrägschnitte von dicken Epithelzapfen, welche von der Atheromwand ausgehen.

X. Atherom von der Mitte der rechten Wange eines 28 Jahre alten Mannes. Angeblich war vor 5 Jahren an der betreffenden Stelle ein kleines Pustelchen gewesen, welches aufgekratzt wurde. Seitdem entstand an der betreffenden Stelle das Atherom, welches im Laufe von 5 Jahren bis zu Haselnufsgröfse heranwuchs. Dasselbe hing mit der Umgebung und der Oberhaut nur lose zusammen; die Wand war dünn. Der Inhalt ziemlich konsistent, geschichtet. Bei frischer Untersuchung wurden in demselben hie und da ganz kleine Fetttröpfchen gefunden. Im Flächenbilde kein Papillarkörper nachweisbar. An Schnittpräparaten zeigt die Epithelschicht gegen den kernarmen bindegewebigen Balg einen leicht undulierten Kontur. Dieselbe ist an verschiedenen Stellen verschieden dick. An einzelnen Punkten zählt man 7—8 Zellenlagen, von welchen die tiefste aus kubischen pigmentführenden Zellen, 2—3 aus flachrhomboidalen Stachelzellen und eine aus diskontinuirlich angeordneten keratohyalinhaltigen Zellen gebildet wird; zwischen der eben erwähnten und der letzten innersten rhomboidalen Zellenlage finden sich gewöhnlich 2—3 aus ganz flachen Zellen zusammengesetzte Lagen, deren Kern sehr undeutlich oder

nur in einem Teile der Zellen färbbar ist. An anderen Stellen ist die unterste Schicht flach viereckig, mit gut färbbaren Kernen versehen, die übrigen Lagen (2—3—4) werden von ganz flachen Zellen gebildet, welche nur hie und da einen schwach färbbaren, bläschenförmigen Kern aufweisen und nach Dazwischenkunft der Keratohyalinschicht in die Hornlage übergehen. Zwischen den mehr wandständigen Hornlagen einige wenige solitäre oder in Gruppen stehende kleine tropfenförmige, sich mit Safranin intensiv färbende Gebilde (Eleïdin?). An osmierten Stücken färbt sich ein Teil des Horninhaltes diffus schwarz; keine Fetttröpfchen nachweisbar.

XI. Taubeneigroſses Atherom eines alten Weibes. Dasselbe wurde bei der Sektion vorgefunden, saſs an der hinteren Grenze der rechten Seite des Halses und war von der Oberhaut durch eine dünne Bindegewebsschicht getrennt. Es enthielt einen gelblichen, trockenen, in der Mitte krümligen, peripherwärts geschichteten Inhalt, in welchem kein Fett nachweisbar war. Die Innenfläche der Balgwand glatt. Vor der einen Hälfte der Cystenwand wurden nach der von PHILIPPSON angegebenen Methode Flächenpräparate angefertigt. Dieselben zeigten einen deutlichen, wohlausgebildeten Papillarkörper; die Papillen waren niedrig (s. Fig. 6). Auf den Schnitten ist der Papillarkörper nicht deutlich zu sehen. Das epitheliale Stratum zeigt eine wohlausgebildete Cylinderzellenschicht, 3 Reihen Stachelzellen, 2—3 Körnerzellenlagen. Die Hornschicht färbt sich intensiv mit Karmin.

XII. Atherom vom Manubrium sterni eines 42jährigen Mannes, von der Form und Gröſse eines Hühnereies. Die Haut darüber leicht faltbar; das Atherom selbst gegen die Nachbarschaft frei beweglich. Es wurde vor 16 Jahren bemerkt.

Die Wand ist sehr dünn, von glitzernden dünnen Hornlamellen bedeckt. Den Inhalt bildet eine bräunlich-graue, etwas schmierige Masse, welche glitzernde Lamellen enthält. Derselbe besteht aus Hornzellen, Cholesterin und Detritus. Das Cholesterin bildet schöne Tafeln oder unregelmäſsige, scheinbar aus Kügelchen zusammengesetzte Schollen, welche entfernt Talgdrüsenzellen ähneln, aber weniger glänzen. Sie geben jedoch die Cholesterinreaktion. Kein Fett, kein Kalk im Inhalt. Keine Excrescenzen an der Innenfläche der Cyste.

Flächenpräparat der Epidermis: Helle, schmale Thäler (Fig. 5) ziehen über die Unterfläche der Epithelschicht und grenzen unregelmäſsig geformte, groſse, flache Wülste, welche gegen die erwähnten Thäler zumeist steil abfallen, von einander ab. Über diese Wülste und Thäler hinweg ziehen in einer Flucht lange, parallele oder spitzwinklig zusammenstoſsende, seltener gebogene, kurze, oder breitere Leisten, welche dem Flächenbilde ein zierlich gestreiftes Aussehen verleihen (s. Fig. 7 c.).

Die kürzeren Leistenstücke stehen häufig in einer Längsreihe und bilden in dieser Weise lange, oder unterbrochene Linien. Zwischen den im Präparate dunkler erscheinenden Leisten ziehen sehr schmale, helle Furchen dahin. Stellenweise bilden ganz unregelmäfsig geformte Leisten und kleinere Wülste inmitten der streifigen Fläche kleinere Inseln. Ab und zu erheben sich einzelne Epithelzapfen, von denen viele Hornperlen enthalten. Das streifige Aussehen ist nicht an allen Punkten der Wand gleich gut ausgeprägt. Stellenweise sind die Leisten niedriger, sie verstreichen und verschwinden allmählich. Ebensogibt es Punkte, wo die erwähnten, flachen, unregelmäfsigen Wülste einer nur von wenigen flachen Leisten oder Epithelzapfen unterbrochenen, glatten Epithelfläche Platz machen. Andere Stellen geben zwischen den Epithelerhebungen quer zueinander verlaufende, feine Furchen von feinquadrilliertem Aussehen, und auf manchen flachen Erhebungen sehen wir das gewöhnliche, einem ausgebildeten Papillarkörper entsprechende Leistennetz. Die unterste Epithellage enthält Pigment, welches in Form von zu Netzen zusammenfliefsenden Streifen und Inseln im Flächenpräparate auffällt. Besonders viel Pigment ist an den Stellen mit Leisten und zwar besonders in den Leisten selbst enthalten.

Das Flächenbild des bindegewebigen Balges ergibt ein vollkommenes Negativ des vorigen. Man sieht flachere und erhabenere, schmälere und breite, parallele oder spitzwinklig verbundene, oder — den quadrillierten Epithelbildern entsprechend — netzartig angeordnete Leisten, welche natürlicherweise den hellen Epithelfurchen entsprechen. Mit den Wülsten der Epithelschicht korrespondieren Vertiefungen des bindegewebigen Balges. Die Flächenpräparate ähneln der Gehirnoberfläche mit ihren Lappen, Windungen und Furchen. Wohlausgebildetes Gefäfsnetz. Pigment ist auch im Bindegewebe enthalten.

An dem zu Schnittpräparaten verwendeten Stücke war der Papillarkörper nicht nachweisbar. Das Epithel glich vollkommen dem Oberflächenepithel.

XIII. Bei der Obduktion vorgefundenes Atherom von dem Bauche eines alten Weibes. Dasselbe safs zwischen Procenus xyphoides und Nabel, war oval, etwa haselnufsgrofs und wies im oberen Drittel einen etwa mohnkorngrofsen, komedoähnlichen Pfropfen auf. Die Wandung ziemlich dünn. Der Inhalt weich, schmierig, butterartig, etwas glitzernd, einige Haare enthaltend. Frisch untersucht, viele unveränderte, oder granulierte, oder zerfallende Cholesterintafeln, Hornzellen; kein Fett. Das Flächenpräparat zeigt stellenweise einen wohlausgebildeten Papillarkörper. Auf Schnittpräparaten (Fig. 6 — Alkoholhärtung) sehen wir die Epithelschicht aus einer tiefsten, von würfelförmigen Zellen gebildeten und 4—5 darüber geschichteten, aus flachen oder rhomboidalen Zellen

bestehenden Lagen und einer wohlentwickelten Körnerschicht sich zusammensetzen. Die Hornschicht färbt sich nicht besonders mit Hämatoxylin und Pikrokarmin. Papillen sind an vielen Stellen sichtbar. Die interpapillären Leisten sind zumeist kurz, stellenweise zur Seite gedrückt, fast mit der Innenfläche des Atheromepithels parallel verlaufend. Die entsprechenden Papillen verlaufen also sehr schräge im Epithel. An einzelnen Stellen finden sich etwas längere, der Atheromhöhle zu kurz und spitz vorspringende Papillen, welche mit dicker Stachel- und Hornschicht bedeckt sind. Zwischen ihnen ist die Hornschicht zwiebelschalenartig angeordnet und bildet Hornperlen. An anderen Stellen befindet sich die Hornperle inmitten eines breiteren Epithelzapfens, ist also vollkommen von der Stachelschicht umschlossen. Einzelne im Epithellager sichtbare runde, ovale oder noch mehr längliche Bindegewebsinseln, in welchen oft auch ein Gefäfs zu entdecken ist, sind nichts anderes als Anschnitte der mehr oder weniger schräge im Epithel verlaufenden Papillen. An einer Stelle findet sich neben dem Atherome und von dem Bindegewebe umkreist eine ovale, mit körnigen Schollen ausgefüllte Cyste (in der Figur nicht mitgezeichnet), welche sich auch in den folgenden Schnitten verfolgen läfst und endlich in eine, den Epithelbeleg des Atheroms durchschneidende, mit ebensolchen Schollen gefüllte Spalte übergeht. Die körnigen Schollen färben sich nicht mit Pikrokarmin; zwischen ihnen verstreute Körnchen, wahrscheinlich Kernreste, färben sich mit diesem Farbstoffe intensiv rot. Der epitheliale Wandbelag dieser kleinen Nebenhöhle ist ganz flach gedrückt und vom umkreisenden Bindegewebe schwer zu unterscheiden. Auf einem andern Punkte der Atheromwand begegnen wir den Querschnitten eines Haarbalges, mit Mündung in die Cyste.

An der Stelle des komedoähnlichen Pfropfens geht das Oberflächenepithel in einer Flucht in das Wandungsepithel der Cyste über. Wir finden hier einen ganz kurzen Ausführungsgang, welcher mit kleineren und gröfseren Ausbuchtungen versehen ist. Die Ausbuchtungen sind ebenso wie der Ausführungsgang mit dichtgelagerten Hornmassen erfüllt.

XIV. In einem Falle von multiplen Atheromen bekam ich durch die Liebenswürdigkeit eines Kollegen eine Cyste zur mikroskopischen Untersuchung. Die Cyste war etwa erbsengrofs, lag unterhalb des Niveaus der benachbarten Talgdrüsen und Haare, enthielt Horn- und Talgdrüsenzellen und war mit einem niedrigen Papillarkörper und mit flach gedrückten Talgdrüsen versehen. Die Epithelschicht glich in ihrer Zusammensetzung vollkommen der Epidermis.

B. Dermoidcysten.

XV. Bohnengrofse Demoidcyste von der Vola der 2ten Phalanx des rechten Mittelfingers eines 71jährigen Mannes, welche sich vor

10 Monaten in Form eines Knötchens zuerst bemerkbar machte. Mikroskopisch kein Ausführungsgang. Die Cyste wurde mit der darüber hinwegziehenden Haut ausgeschnitten. Beim Durchschneiden erweist sich die Balgwand überall von der Oberhaut wohlabgegrenzt; eine etwa 5 mm breite Bindegewebsschicht grenzt den höchsten Punkt ihrer Konvexität von der darüberliegenden Haut ab. Der Inhalt ist glänzend weifs, dem Centrum der Höhle zu weich, in der Peripherie geschichtet und der Wand fest adhärierend, wodurch die letztere dick und knorpelig hart erscheint. Er besteht aus feinstachligen flachen Hornzellen mit chagrinierter Oberfläche und nichtfärbbaren Kern- und Cholesterintafeln. Aufserdem finden sich hie und da runde, glänzende Körperchen und Grüppchen von solchen, welche sich mit Pikrokarmin intensiv rot färben (Eleïdin?). Flächenpräparate: Der bindegewebige Balg besitzt ein sehr gut entwickeltes Gefäfsnetz; die Gefäfsstämme sind etwas über das Niveau des umliegenden Bindegewebes erhaben und bilden demnach dünne Leisten, welche die Oberfläche des Bindegewebsbalges in verschieden geformte Felder einteilen. An 2 Stellen des Bindegewebsbalges je eine Vertiefung, welche zwei kleinen Ausbuchtungen der Cyste entsprechen. Die Epithelschicht erscheint durch eng aufgelagerte und schwer abtragbare Hornlagen sehr dick. An der Unterfläche derselben sehen wir sehr seichte, linienförmige Furchen, deren Verlauf vollkommen der Konfiguration des am Bindegewebsbalge beschriebenen Gefäfsnetzes entspricht. Untersucht man die losgelösten Hornlamellen genauer, so findet man oft zwischen den Hornzellen ganz kleine Cholesterintafeln aufgereiht, welche oft abgerundete Winkel besitzen und dann tropfenförmig sind. In letzterem Falle ähnelt die Anordnung der Krystalle einem Rosenkranze. Die eng aneinanderstofsenden Krystalle lagern nur an der Peripherie der Zellen und umkreisen gewöhnlich eine Gruppe von mehreren Hornzellen.

An Schnittpräparaten (s. Fig. 7) sehen wir das Epithellager aus 7—10 Reihen von Stachelzellen gebildet. Hierauf folgt eine stellenweise unterbrochene Hörnerschicht von 1—3 Reihen und darauf eine eng geschichtete und schichtenweise bald rot, bald gelb gefärbte (Pikrokarmin) Hornschicht, in welcher viele kleine glänzende Schollen (die Cholesterinkrystalle) eingelagert sind. (Die letztern sind in der Figur nicht mitgezeichnet.)

XVI. Dermoidcyste von der Stirne eines 3 Monate alten Kindes. Dieselbe wurde kurz nach der Geburt bemerkt und wuchs allmählich zu Haselnufsgröfse heran. Sie war mit einem komedoartigen Pfropfen versehen. In den letzten Tagen wurde sie etwas gerötet. Inhalt breiartig. Auf den Schnitten ist an einzelnen Stellen ein wohlentwickelter Papillarkörper bemerkbar. Aufserdem finden sich Haar- und Talgfollikel. An der Stelle des komedoartigen Pfropfens geht das Oberflächenepithel in das Wandepithel der Cyste über; es entsteht hiedurch ein kurzer

Ausführungsgang, welcher mit eng aneinander gepreſsten und intensiv sich färbenden Hornmassen angefüllt ist (s. Fig. 8). Der Inhalt der Cyste besteht aus Hornzellen, Cholesterin, Fett und Haaren. Auf der einen Seite der Cyste ist das benachbarte Bindegewebe der Sitz einer leichten Entzündung, welche sich durch eine Infiltration mit Rundzellen und Erweiterung der Gefäſse verrät. Inmitten der Infiltration finden sich einige epithelähnliche Zellen und Riesenzellen.

XVII. Demoidcyste von der Stirne (nahe der Nasenwurzel) eines 17jährigen Mädchens. Die Cyste besteht seit mehreren Jahren und besitzt die Gröſse einer Haselnuſs. Ölig-flüssiger Inhalt. Dieselbe lieferte das typische mikroskopische Bild einer Dermoidcyste. Sie enthielt eine Epithelschicht, welche vollkommen der Epidermis entsprach, Haare, Talgfollikel, Papillarkörper. Der letztere war jedoch nicht an allen Stellen des Umfanges entwickelt. Das der Epithelschicht anlagernde Bindegewebe war stellenweise mit Fett infiltriert.

XVIII. Dermoidcyste vom rechten Augenlide eines 35jährigen Mannes. Dieselbe war angeboren, saſs subkutan, war mit der Nachbarschaft fest verwachsen. Ölig-flüssiger Inhalt. Es wurden nur Flächenpräparate angefertigt. Diese zeigen Haar- und Talgfollikel; stellenweise parallel laufende oder miteinander unter spitzem Winkel zusammenstoſsende Leisten (s. Fig. 9).

XIX. Ein Dermoid von der Stirne eines älteren Mannes, in einer Grube des Stirnbeines sitzend, gleicht vollkommen dem vorigen.

(Schluſs folgt.)

Vorlesungen über den Lupus.

Von

H. Leloir.

(*Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.* Bd. II. S. 193 ff.)

(Fortsetzung.)

B. Lupus elevatus. Der L. elevatus ist nur ein modifizierter L. planus; er beginnt wie dieser.

Der L. elevatus, dessen Sonderstellung ich mit E. Besnier anerkenne, verdankt sein besonderes Aussehen dem Umfang und der Höhe der einzelnen Tuberkel. Auch er nimmt, wie der L. planus und die übrigen Varietäten des Lupus, die verschiedensten Gestalten an, die man unmöglich mit ein paar Strichen alle beschreiben kann. Die Lupus-Knötchen, die beim L. planus in die Haut eingelagert sind, ohne dieselbe

merklich zu überragen, nehmen an Volum zu; sie erreichen die Größe von Schrotkörnern, von Erbsen, und können auch noch weiter wachsen. Dabei rücken sie gegen die Hautoberfläche vor, die sie emporwölben und so für den Finger deutlich fühlbar werden. Anfangs sind sie meistens nur wenig zahlreich und ragen auch nur wenig, in Form von kleinen Höckerchen, über die Haut hervor. Jedoch vermehren sie sich bald, fließen im weitern Wachstum zusammen und bilden alsdann große Knoten.

Die Form der Tuberkel ist abgerundet oder ovalär, konisch oder glatt; nur daß ihre Basis immer breiter als ihre Spitze ist. Häufig auch haben sie die Gestalt einer Erbse oder einer entzweigeschnittenen Haselnuß, deren Basis von der Hautoberfläche abgekehrt ist und sich in eine diffuse Verhärtung verliert. Letztere Form entspricht dem L. prominens, tuberosus, tuberculosus, nodosus einzelner Autoren.

Die großen tuberkulösen Massen rühren teilweise von der Vereinigung benachbarter Tuberkel her.

Indem nun die Knötchen die Haut emporheben, runden sie sich ab, und bilden zuweilen recht beträchtliche Erhebungen von mehreren Millimetern bis 1 ctm und darüber, wie ich mehrfach beobachtet habe.

Eine Stilbildung wie bei den Lepra-Knoten kommt hier wohl kaum jemals vor.

Nimmt nun die Zahl der Tuberkel noch zu, so entstehen zwischen ihnen zuweilen eine Art Furchen, die aber niemals so deutlich wie bei der Lepra sind.

Die letztgenannten drei Umstände, das Fehlen von Stielbildung, die geringere Höhe der einzelnen Knoten und die geringere Tiefe der Furchen scheinen mir die weichere Beschaffenheit der Lupustuberkel gegenüber denen der Lepra zu bedingen.

In andern Fällen verbinden sich die Knoten zu umfangreichen Infiltrationen und Verhärtungen, die mehr oder minder erhaben sind, rund oder unregelmäßig geformt, flach, oder höckerig, kugelförmig, rot oder blaß oder häufig auch schmutzig gelb, dick und von homogenem Aussehen, die Haut in ihrer ganzen Dicke durchsetzend und zuweilen auch noch in das Unterhautzellgewebe eindringend. Hierher gehört der L. turgescens verschiedener Dermatologen und der L. tumidus von Hebra und Kaposi. Diese Art Lupus wächst ungeheuer langsam; er ulzeriert so gut wie niemals, ist aber dafür der Behandlung nur wenig zugänglich und rezidiviert mit seltener Häufigkeit, vermutlich, weil die Neubildung bis in eine so beträchtliche Tiefe hinabreicht.

An diese Varietät reiht sich naturgemäß eine weitere Form an, bei der der Lupus die Gestalt einer Scheibe oder eines unregelmäßig geformten dicken Kuchens hat. In diesem Fall sind die einzelnen Tuberkel von einem äußerst harten Gewebe umgeben, das seinerseits zuweilen wieder von einer stark kongestionierten Haut eingehüllt ist. Auch diese Varietät erweist sich als sehr hartnäckig, denn es ist ungemein schwierig, die tief sitzenden und in ein derbes Gewebe eingelagerten Lupome zu erreichen und zu zerstören. — Andrerseits hat diese Form Berührungspunkte mit dem L. semi-sclerosus.

In einer weitern Reihe von Fällen endlich ist das Infiltrat derartig diffus, daß sich die Lupus Knötchen nur mittelst des Mikroskops erkennen lassen. Diese Varietät ist wenig erhaben; sie besteht aus einer sehr tiefen und diffusen Hautinfiltration. Sie hat viele Ähnlichkeit mit dem L. erythematodes, und ist mit demselben auch häufig verwechselt worden. Ich werde diese Form bei den atypischen Varietäten des L. vulgaris, die ich in früheren Vorlesungen als L. vulgaris erythematoides bezeichnet habe, näher beschreiben.

Bei der Palpation fühlen sich die Tuberkel als prall elastische, zuweilen etwas weiche Knötchen an. Im Allgemeinen sind sie weicher, als die Syphilis- und Lepra Tuberkel.

Ziemlich häufig sind die Tuberkel in der Mitte etwas eingesunken (Vidal) und daselbst auch etwas weicher (Hebra und Kaposi).

Bei der fibrösen Umwandlung des Lupus sind zwei Möglichkeiten auseinander zu halten.

1. Es kann einmal die Sklerose, oder vielmehr die Neigung dazu eine der Eigenschaften im Verlauf, in der Symptomatologie des Lupus bilden.

In diesem Fall ist die fibröse Umwandlung niemals eine vollkommene; es bleib entweder ein Teil der lupösen Tuberkel oder Follikel unverändert, oder die Lupome und lupösen Follikel werden nur zum Teil sklerosiert. Dabei behalten sie trotz verminderter Virulenz Kraft genug zur weiteren Entwickelung und zum Wachstum durch Infektion der Nachbarschaft. Denn sie bleiben infektiös und virulent, wie ich es in meiner für den Tuberkulose-Kongreſs von 1888 geschriebenen Abhandlung über die atypischen Lupusformen auseinander gesetzt habe.

Auch hier handelt es sich nämlich um eine atypische Lupusform eben infolge des Verhaltens der Lupome, die in so groſser Zahl die Neigung zu teilweiser oder völliger Sklerose bekunden.

Diese besondere Entwickelung der Lupome verleiht dem Lupus sowohl in klinischer wie in pathologisch-anatomischer Hinsicht ein eigentümliches Gepräge.

Ich habe diese Varietät der atypischen Lupusformen in einer mit Vidal gemeinsam verfaſsten Arbeit (*Comptes rendus de la Société de Biologie.* Novbr. 1882) als Lupus scléreux bezeichnet. Wir beide waren die ersten, die in dieser Arbeit die klinischen wie anatomischen Eigenschaften dieser Varietät des Lupus besprachen.

Der Lupus scléreux entwickelt sich entweder aus einem L. vulgaris oder erscheint von vornherein in seiner Eigenartigkeit. Immer aber bildet er nur eine Varietät des L. vulgaris und bezeichnet nicht etwa ein Übergangsstadium zur Heilung. Er kann 15 bis 20 Jahre und wohl auch noch länger bestehen.

2. Ganz etwas anderes aber ist es mit der fibrösen Degeneration des L. vulgaris, mit dem L. sclerosus. Hier handelt es sich nicht um eine besondere Varietät, sondern um einen Heilungsvorgang vermöge der fibrösen Metamorphose. Daher die Bezeichnung Lupus sclerosus.

Dieser Prozeſs stellt sich der interstitiellen Resorption und der Ulzeration gleichwertig an die Seite, nur daſs er sehr selten vorkommt. Ich habe bei keinem Schriftsteller einen diesbezüglichen Vermerk gefunden. Ich selber habe 10 derartige Fälle beobachtet, davon betrafen drei einen Lupus planus und sieben eine Lupus elevatus.

Daſs zwischen dem L. sclerosus und dem L. scléreux wirklich keinerlei Beziehungen bestehen, daſs es sich bei ersterem wirklich um eine Heilung und nicht um eine anatomische Entwickelungs-Varietät handelt, das geht aus den Impfversuchen hervor, die ich vor längerer Zeit unternommen habe. Alle die zahlreichen Versuche mit L. sclerosus blieben nämlich erfolglos, während ich mit dem Lupus scléreux positive Ergebnisse erzielte. Der Unterschied ist also ein durchgreifender und der L. sclerosus ist nichts weiter als ein Narbenknoten, als eine ebenso bacillenfreie Narbe, wie man sie nach der besten örtlichen Behandlung erzielt.

Auf den Unterschied zwischen der fibrösen Umwandlung des L. sclerosus und der Bildung einer fibrösen Narbe an Stelle der ulcerösen Lupome brauche ich wohl kaum hinzuweisen. Im ersteren Fall ging keine Ulzeration voraus; die Narbe entsteht infolge eines interstitiellen Prozesses; im zweiten Fall ersetzt die Narbe ein bestehendes Geschwür.

Der anatomische Verlauf war nun in den den von mir beobachteten Fällen folgender:

Die fibröse Degeneration kam sowohl beim L. planus wie beim L. elevatus vor und scheint keine Körperstelle besonders zu bevorzugen.

In 5 von den von mir beobachteten Fällen hatte der Lupus seinen Sitz im Gesicht; zweimal war daneben auch der Hals ergriffen; zweimal waren die Oberextremitäten und einmal das Gesäfs befallen.

Im Beginn der fibrösen Degeneration wird der Lupusknoten härter und verliert an Umfang; seine Färbung wird livider oder violetter oder spielt mehr ins Rostbraune hinüber. Der gänzlich sklerosierte und geheilte Tuberkel besitzt dann entweder Haut- oder Narbenfarbe, oder wird rost- und perlmutterfarben. Gleichzeitig sinkt er ein und flacht sich ab, als ob er sich narbig retrahierte, und verwandelt sich in ein fibröses, nur wenig hervorragendes Knötchen.

Niemals nahmen diese so geheilten Tuberkel papillomatöses Aussehen an, wie Vidal und ich es als charakteristisch für den Lupus scléreux beschrieben haben. Dagegen kommt es wohl vor, dafs der fibröse Knoten, wenn der lupöse Tuberkel sehr weit hervorragte, etwas höckerig (mamelonné) ausschaut.

Dem Messer setzen diese fibrösen Knötchen einen beträchtlichen Widerstand entgegen, sie knirschen unter dem Schnitt und weisen hier wie auch unter dem Mikroskop alle Eigenschaften eines Narbenknotens auf.

Hand in Hand mit der fibrösen Umwandlung der Lupome geht häufig auch eine geringgradige Abschuppung der betreffenden Epidermis. Die Haut über den fibrösen Knötchen wird atrophisch und blafs, zuweilen perlmutterfarben.

Die fibröse Metamorphose beobachtet sich sowohl bei einzelnen versprengt stehenden wie bei den zu Flächen angeordneten Lupomen und kann alle Lupome des betreffenden Patienten einbegreifen. Andererseits habe ich auch in zwei Fällen von L. disseminatus ein gegenteiliges Verhalten beobachtet, indem die Lupome daselbst nur teilweise sklerosierten, zum anderen Teil aber die gewöhnliche Entwickelung nahmen.

Sind nun aber sämtliche Lupome sklerosiert, so ist der Prozefs abgelaufen und die Heilung vollendet. Die Narbe, die in diesem Fall hinterbleibt, unterscheidet sich in nichts von den nach örtlicher Behandlung des Lupus auftretenden Narben; auch in ihr kann sich ein Keloid entwickeln.

Zweimal habe ich gesehen, dafs Tuberkel vom Lupus planus non ulcerosus wieder aufbrachen, einmal im Zentrum, das anderemal in der Peripherie der Narbe.

Unter 10 Fällen von Lupus bei älteren Personen — der Lupus ist im Alter überhaupt selten — habe ich dreimal den Sklerosierungsprozefs erlebt, so dafs ich glaube, dafs das Alter hierbei wohl eine Rolle mitspielt. Ein analoges Verhalten kennen wir ja auch von der Lungenphthise her.

Die fibröse Degeneration findet sich nicht nur auf der äufseren Haut. Ich habe sie wenigstens auch mehrfach beim Lupus der Schleimhäute beobachtet, woselbst dieser Prozefs nicht so selten zu sein scheint, wie man nach den spärlichen Angaben der Autoren annehmen sollte.

Wenn ich vielleicht etwas zu lange bei der Heilung des Lupus durch Sklerose verweilt habe, so geschah das, weil ich diesen pathologisch-anatomischen Prozefs nirgend erwähnt fand, und weil es mir wichtig erschien, den Unterschied zwischen Lupus sclerosus und Lupus scléreux klarzulegen. Es sind das, wie ich glaube gezeigt zu haben, zwei grundverschiedene Vorgänge: Beim Lupus sclerosus handelt es sich um regressive Metamorphose und Heilung; beim Lupus scléreux um Weiterentwickelung.

B. Symptomatologie des Haut-Lupus im Stadium der Rückbildung und Degeneration.

Ist nun der Lupus in seiner Entwickelung bis zu einer gewissen Grenze gelangt, so unterliegen die einzelnen Tuberkel nach einem Bestand von Wochen, bis Monaten, bis Jahren, einer regressiven Metamorphose, die sich in dreierlei Weise vollziehen kann. Der Lupus verschwindet entweder ohne die geringste Ulseration durch interstitielle Resorption (L. non ulcerosus), oder es verschwindet durch Ulseration (L. exedens), oder endlich durch Sklerose (L. sclerosus).

a. Interstitielle Resorption.

Wenn nicht schon früher, so treten immer mit Beginn der interstitiellen Resorption Veränderungen in der Epidermis auf; dieselben sind eine Folge der Ernährungsstörungen, der Degeneration und der Gefäfsstörungen, die sich im Bereich der Tuberkel abspielen. Über diese sekundären Hautveränderungen mufs ich zuerst einige Worte vorausschicken.

Sie gehören mit zu den Komplikationen und spielen in der äufseren Erscheinung des Lupus eine bedeutende Rolle.

Sowohl der L. planus wie der L. elevatus können der interstitiellen Resorption anheimfallen; sehr schön kann man sie namentlich bei der letzteren Varietät verfolgen.

Der vorher feste, harte Lupusknoten wird welk und runzlich, schrumpft ein, seine körnig-fettig zerfallenen Teilchen werden teilweise resorbiert und er sieht dadurch manchmal wie durchlöchert aus.

Dabei sinkt er mehr und mehr ein, ist nach einigen Wochen bis Monaten schon in die Haut gesunken und verschwindet endlich ganz. Für gewöhnlich hinterläfst er eine runde, flache, glatte Narbe, die etwas eingesunken und bräunlich erscheint, mit der Zeit aber meistens abblafst, auch wohl ganz farblos wird und wie eine in die atrophische Haut eingetriebene (enfoncé) Vertiefung sich ausnimmt.

Die interstitielle Resorption beschränkt sich bald auf einzelne Tuberkel, bald ergreift sie einen ganzen Herd, sei es gleichzeitig, sei es nach einander. Oder sie stellt sich mit der sie begleitenden Desquamation nur im Zentrum des Knotens ein, während der äufsere Kreis sein glänzendes, gespanntes Aussehen bewahrt.

In der nachbleibenden Narbe entwickelt sich zuweilen ein Keloid, das auch vaskularisiert sein kann. Oder sie wird zum Mittelpunkt neuer Tuberkel, die sich kranz- oder ringförmig um sie herum bilden. In dieser Weise kann sowohl der L. planus wie der L. elevatus zu einem L. circinatus und serpiginosus werden. Die neugebildeten Tuberkel können übrigens noch ulzerieren. Ähnliche Beobachtungen lassen sich auch beim fladenartig ausgebreiteten Lupus anstellen.

Die Desquamation an der Oberfläche des Lupus[1] nimmt zu und endlich werden die Lupome ohne jede Ulzeration resorbiert; es bleibt nur eine ziemlich oberflächliche Narbe von der Gröfse der Plaque zurück; die Haut darüber ist geschrumpft. Die Narben haben vielfach einen schmutzig-weifsen oder grauen Grund mit bald helleren, bald brauneren, tiefer liegenden Pünktchen.

Ein anderes Mal ist die Narbe auch gleichmäfsig weifs und glatt, dabei mehr oder weniger tief eingesunken.[2]

Wir haben gesehen, dafs die Epidermis beim Beginn der Resorption eine Reihe von Veränderungen durchmacht; diesen wollen wir uns jetzt zuwenden. Denn sie

---

[1] Ich habe mehrfach gesehen, dafs die Resorption des Lupoms nach einer örtlichen Entzündung mit lymphangitischer Schwellung ihren Anfang nahm.

[2] Man beachte, dafs sowohl die vom Lupus verlassenen Stellen, wie die bleibenden Tuberkel selber oft genug den Ausgangspunkt neuer Tuberkel bilden.

sind wichtig, da sie nicht nur dem Lupom, je nach dem Fall, ein eigentümliches Aussehen verleihen, sondern auch oft das erste Symptom der beginnenden Resorption bilden; sie gehen der interstitiellen Resorption voraus.[3]

Die zarte, straffe, glänzende, wie Zwiebelschaale aussehende Epidermis, welche die Tuberkel bedeckt, wird faltig und rissig und erinnert dadurch an einzelne Varietäten des glatten Ekzems, an spröde Zwiebelschaale. Es entsteht so auf der Oberfläche der Tuberkel eine zarte, weifse, trockene, lamellöse, pityriasisartige Abschuppung. Hebra hat dem ganzen Vorgang der Abschuppung und Resorption, der mit dem Verschwinden der Tuberkel endet, die Bezeichnung Lupus exfoliativus beigelegt.

Bisweilen ist diese Abschuppung so reichlich, glänzend und trocken, dafs sie für Psoriasis imponiert. Wie man sieht, verhält sich das Lupom in dieser Beziehung ebenso wie das Leprom und das Syphilom. Die sich einstellende Desquamation wird zuweilen Psoriasis-ähnlich (L. psoriasiformis einzelner Autoren).

Zuweilen, wenn die Haut, die den lupösen Tuberkel bedeckt, rissig geworden ist und lamellöse Abschuppung sich einstellt, findet gleichzeitig, wie wir bei Besprechung des histologischen Verhaltens noch näher sehen werden, eine Exsudation auf die erkrankte Epidermis statt.

Alsdann ähnelt die Desquamation derjenigen bei Ekzema lichenoides (L. squamosus, ekzematiformis). Wird die Exsudation in seltenen Fällen noch stärker, dann bilden sich auf der Lupusfläche kleine Bläschen, Vesikeln, Vesiko-Pusteln, Pusteln und selbst Phlyktänen, die rasch eintrocknen.

Es bilden sich auf diese Weise mehr oder minder dicke, gebliche und impetiginös aussehende (L. impetiginosus), oder grünliche und ein wenig schaalige (ostracée) Krusten (L. crustosus), die die Tuberkel zuweilen bedecken und zur Aufstellung verschiedener Lupus-Varietäten geführt haben. Aber die Krustenbildung bedeutet, dafs das Lupom im Begriffe steht zu ulzerieren, wovon man sich leicht überzeugen kann, indem man die Kruste abhebt, oder indem man sie durch heifse Umschläge zum Abfallen bringt. Beim Lupus exedens werde ich hierauf noch wieder zurückzukommen haben. Hier sei nur bemerkt, dafs, wie eine aufmerksame Prüfung lehrt, der Bildung dieser Bläschen, Pusteln und Phlyktänen häufig eine, wenn auch bisweilen recht schwache und beschränkte, lymphangitische Kongestion abseiten des Lupoms und des Nachbargewebes vorhergeht.

b. Fibröse Degeneration; Sklerose des Lupus. „Lupus scléreux".

Dem Lupom ergeht es, wie allen anderen Tuberkulomen, wie z. B. denen der Lungentuberkulose (was durch die trefflichen Arbeiten von Charcot, Grancher, Cornil erwiesen ist): es kann der fibrösen Degeneration unterliegen.

Aufserdem ist es bekannt — und ich habe in meinen Vorlesungen über die Elementarteilchen der Hautausschläge sowohl, wie in meiner Abhandlung der Lepra immer und immer wieder darauf hingewiesen — dafs die meisten Hautkrankheiten, deren Urbestandteile Tuberkel sind, wie das tuberkulöse Syphilid, die systematisierte Hautlepra, mittelst der fibrösen Metamorphose heilen können. Ebenso verhält es sich mit dem Lupus.

Schliefslich gelingt es auch häufig, durch die Palpation, indem man die Finger senkrecht auf die Haut aufsetzt, selbst in der Tiefe Lupusknoten nachzuweisen, die

[3] Bei allen Hautkrankheiten, denen Tuberkel zu Grunde liegen, bei Lupus, Lepra, tuberkulösem Syphilid bedeutet eine vermehrte Abschuppung der Epidermis, häufig eine Neigung der Tuberkel zu interstitieller Resorption. Beispiele: L. non exedens zur Zeit der interstitiellen Resorption; trockenes, tuberkulöses Syphilid; Lepra systematisata der Haut zur Zeit der interstitiellen Resorption.

ihre Anwesenheit weder durch eine Hervorwölbung der Haut noch durch Farbveränderung verraten, und die so tief sitzen, oder durch die Infiltration und Hyperämie, bezw. das lymphangitische Ödem so verdeckt sind, dafs man sie ohne Palpation nicht bemerken würde.

Es bilden also die Lupome, je nachdem sie vereinzelt stehen oder mit einander verschmolzen sind, bald Plaques, bald höckerige Flächen von verschiedener Form, die die Haut und sogar auch das Unterhautzellgewebe infiltrieren. Dabei darf man nicht vergessen, dafs diese Infiltration, ebenso wie die Hervorragung des lupösen Gewebes sich infolge der Hyperämie und des Ödems der umgebenden Haut noch schlimmer anfühlen. Letztere, d. h. Hyperämie und Ödem (lymphangitisches Ödem) bilden häufig einen Gürtel, eine Art Hof um das Lupom oder die lupöse Fläche. In diesem Gürtel trifft man auch noch oft versprengte Tuberkel. Umgekehrt ist häufig auch die lupöse Neubildung derartig kreistörmig angeordnet, dafs sich die vereinzelten Knötchen in der Mitte des Kreises befinden.

Diese Tuberkel, bezw. tuberkulösen Massen besitzen eine flache oder unregelmäfsig höckerige Oberfläche, die aber im Allgemeinen glatt, wie geölt oder lackiert erscheint und mit einer straffen, glänzenden Epidermis überzogen ist. Durch diese durchscheinende Epidermis hindurch erblickt man oft die zarten Gefäfsstämmchen auf den Tuberkeln. So habe ich mehrmals deutliche Gefäfsverteilung auf der Oberfläche von kaum hervorragenden, etwas diffusen Infiltraten beobachtet.

Die Farbe dieser Knötchen ist bald braun-violett, bald hell- oder dunkelrot, weinfarben, oder violett. Oft auch ist die Farbe schmutzig rot, halbdurchscheinend, an Gerstenzucker-Farbe erinnernd. Ausnahmsweise erscheinen die Knötchen auch kupferfarben, wie syphilitische Tuberkel. Für gewöhnlich sind sie nicht ganz undurchscheinend, vorausgesetzt, dafs die sie überziehende Haut nicht verdickt und hyperämisch ist. Vielmehr sind sie in der Regel halbdurchscheinend, wie gelatinös. Selbstverständlich schwankt auch ihre Farbe je nach der Blutfüllung der Hautstellen, in denen sie ihren Sitz haben. Aufserdem habe ich schon lange bei meinen zahlreichen Reisen ins Ausland die Beobachtung gemacht, dafs die Farbe der Tuberkel auch länderweise und bei den einzelnen Individuen eine verschiedene ist. Auch ist es ferner nicht selten, dafs der Tuberkel, gleichviel ob grofs oder klein, die Farbe seiner Nachbarschaft aufweist; so ist er blafs und fahl bei einem Anämischen, rot, manchmal sogar auch rostgelb bei einem kräftigen, vollblütigen, sonnverbrannten Menschen.

Desgleichen vermögen der Blutfüllungsgrad der Nachbarschaft und die retikulären Lymphangitiden merklich das Aussehen der Tuberkel zu beeinflussen. Das Nämliche gilt von der Beschaffenheit der Epidermis, wovon noch die Rede sein wird.

Die Ähnlichkeit zwischen diesen Knötchen und den syphilitischen Tuberkeln ist zuweilen so grofs, dafs die Differential-Diagnose Schwierigkeiten bereiten kann, zumal wenn die Lupome, wie nicht selten, eine doldenförmige, serpiginöse Anordnung aufweisen, ähnlich manchen Syphiliden.

An andern Körperstellen wieder bewahren die Tuberkel ihr natürliches Aussehen, und zwar überall da, wo die sie überziehende Haut keine pathologische Veränderung erfährt. Anderenteils, wo sie unter einer hyperämischen, verdickten Haut gelagert sind, die sie als lebhaft rote, weinfarbene Höcker und Knötchen emporheben, erinnern sie zuweilen an einzelne Formen von Akne rosacea während ihrer papulösen und tuberösen Periode, oder auch an Akne indurata, und letzteres um so eher, als auf der Oberfläche der Tuberkel und in ihrer Nachbarschaft zuweilen telangiektatische Gefäfsverzweigungen vorkommen.

In andern Fällen, wo die einzelnen Elemente klein sind, sparsam auftreten und

auseinanderstehen hat der Lupus Ähnlichkeit mit der Akne. Diese Varietät hat Besnier L. akneiformis genannt. Sie kommt selten vor und ist schwer zu diagnostizieren. ... Die Entzündung der Epidermis, die bei dieser Varietät vorkommt, kann zu Krustenbildung führen, wodurch dann eine Ähnlichkeit mit Impetigo erzielt wird. Einen sehr schönen Fall von L. akneiformis habe ich vor 2 Jahren in meiner Privatpraxis beobachtet. Es handelte sich um ein junges Mädchen, bei dem die zerstreut im Gesicht stehenden Knötchen durchaus der Akne ähnlich sahen; einige darunter waren mit impetiginösen Krusten bedeckt. Die junge Dame war schon bei einer grofsen Reihe von Ärzten gewesen, die sie alle auf Akne oder Impetigo behandelt hatten. In diesem Fall wurde die Diagnose dadurch noch besonders erschwert, dafs die vom Lupus völlig verschonte Nase Sitz von zahlreichen Mitessern war und dafs Brust und Rücken der Patientin von Pusteln der Akne polymorpha bedeckt waren.

Endlich kommt es auch vor, dafs, bei Infiltration des Unterhautzellgewebes mit lupöser Neubildung, die Haut infolge von subakuten oder chronischen lymphangitischen Ödemen und Kongestionen, wie bei Elephantiasis Arabum. pachydermisch wird; sie ist alsdann verdickt, hart, adhärent und maskiert sozusagen die Lupome. In solchen Fällen schien mir der Lupus des Gesichts und der Extremitäten immer eine grofse Ähnlichkeit mit der Hautlepra zu haben. Diese Ähnlichkeit ist so grofs, dafs, wie ich selber gesehen habe, in leprösen Ländern Lupuskranke nicht nur irrtümlich in die Leproserieen geschickt, sondern von den Anstaltsärzten auch als Lepröse behandelt wurden. — Im manchen Fällen wird das Gesicht durch die lupöse Leontiasis völlig entstellt, und die verzerrten Züge, die geschwollenen, herabhängenden Wangen, die verdickten Ohren, die ungeheuren, bisweilen aufgeworfenen Lippen, die hypertrophischen Lider, die den Augapfel völlig bedecken — all das erinnert nur allzusehr an die Hautlepra. Auch an den Unterextremitäten vermag die elephantiastische Neubildung die höchsten Grade zu erreichen; desgleichen an den männlichen und weiblichen Geschlechtsorganen. (Hardy; Lailler). — Auf diese pachydermischen Mifsbildungen werde ich später, wenn vom Sitz und den Komplikationen der Lupome die Rede ist, noch zurückkommen. Sie haben auch zur Aufstellung verschiedener Unterarten wie L. oedematosus, hypertrophicus, elephantiasticus geführt.

Die Hypertrophie der Ohren beim Lupus führt fast jedesmal zu einer Verwachsung des Läppchens oder der Ohrmuschel mit dem Hals. So frei beweglich wie das leprös-hypertrophische Ohr bleibt das lupöse niemals. Auch ist es nicht hart und trocken, wie das der Leprösen, und voll von Knötchen, als ob man einen Sack mit Nüssen oder Schrotkörnern anfafste, vielmehr weich infolge von Infiltration mit lymphangitischem Ödem.

Beim Lupus planus war von der Sensibilität und der örtlichen Temperatur der Knötchen die Rede; das dort Gesagte gilt auch für den L. elevatus: selbst wo die Neubildung weite, hervorspringende Flächen bildet, sind die Lupome fast schmerzlos.

Auch in Bezug auf die Konsistenz der Lupome habe ich dem beim L. planus Gesagten nichts Wesentliches hinzuzufügen.

Über die Sekretionsstörungen der Drüsen im Bereich der erkrankten Haut schweigen sich die verschiedenen Autoren aus. Dennoch kommen derartige Störungen gar nicht so selten vor. So wird z. B., wenigstens im Beginn der Erkrankung ein gewisser Grad von Seborrhoe in der Nachbarschaft des Lupus ab und zu beobachtet. Oder es findet sich im weitern Verlauf die Fettabsonderung im Bereich des Erkrankten aufgehoben.

E. Besnier und E. Vidal haben die Aufmerksamkeit auf das Vorkommen kleiner miliarer Körperchen im Bereich der Neubildung hingelenkt. Dieser Thatsache läfst

sich eine gewisse klinische Bedeutung nicht wohl absprechen, denn auf den Lepra-Tuberkeln erinnere ich mich nicht derartige miliare Körperchen je gesehen zu haben, und Besnier hebt mit Recht hervor, dafs sie auch auf den Syphiliden wohl kaum jemals vorkommen. Bei einer Differential-Diagnose zwischen diesen drei Krankheiten hat man jene Thatsache also mit in Betracht zu ziehen.

Die Haare fallen beim Lupus niemals so reichlich und mit solcher Schnelligkeit aus, wie bei der Lepra; jedoch kommt es auch dort beim längern Bestand des Lupus zum Haarschwund, und zwar noch ehe die Periode der Rückbildung erreicht ist. Für gewöhnlich aber leisten die Haare bis zu diesem Zeitpunkt Widerstand.

Über die Schweifsabsonderung sei es mir gestattet eine Äufserung Auberts (Lyon) aus seiner Abhandlung über die Veränderungen des Schweifses bei den Hautkrankheiten anzuführen (*Annales de Dermatologie* 1878): „Die Neubildung atrophiert „allmählich alle Drüsenelemente; einzelne unversehrt gebliebene Drüsen reagieren „mit Hypersekretion". Mit diesen Befunden Auberts stimmen meine Erfahrungen völlig überein.

Es liegt auf der Hand, dafs der L. elevatus je nach Umfang, Farbe, Verteilung u. s. w. u. s. w. seiner einzelnen Elemente das verschiedenartigste Aussehen gewinnen kann. Es würde jedoch nur ermüdend wirken, wollte ich alle die Unterarten, die man infolge dessen aufzustellen sich gemüssigt gesehen hat, hier namentlich aufzählen. Es genüge, daran zu erinnern, dafs man von L. agminatus (Besnier) spricht, wenn die lupösen Elemente zusammenrücken; dieselbe Form wird auch Flächen-Lupus (Lupus en Placards), L. nummularis, L. ovalaris (Laillee) genannt. Je nachdem die Lupome diese oder jene Figuren bilden, spricht man von einem L. marginatus, excentricus, linearis, doldenförmigen Lupus (L. en Corymles), L. circinatus, annularis, serpiginosus.

Letztere ist eine wichtige Unterart, denn der L. serpiginosus non ulcerosus (eine der Varietäten des L. herpetiformis von Devergie) ist wegen der Ausdehnung, die er annehmen kann, wegen seiner langen Dauer, seiner Hartnäckigkeit und seiner Rückfälle eine gefährliche Erkrankung, besonders im Vergleich zum L. serpiginosus ulcerosus, ob er gleich, namentlich im Beginn, ein verhältnismäfsig günstiges Aussehen hat. Wenn er auch in seinem Verlauf die Gewebe nicht ulceriert, so zerstört er sie doch durch interstitielle Resorption und vermag auf diese Weise grofses Unheil anzurichten, wie Devergie mit Recht betont.

Diese Form befällt die Extremitäten ebenso häufig wie das Gesicht; nicht selten tritt sie auch an mehreren Stellen gleichzeitig auf. Der L. serpiginosus non exedens ist bald flach, bald hervorspringend. Erstere Varietät ist ebenso schlimm wie letztere, wenn sie auch vielleicht etwas langsamer sich entwickelt; gefürchtet wird sie namentlich wegen ihrer Hartnäckigkeit und ihrer Rückfälle.

Beide Formen, der L. serpiginosus planus und elevatus sollen, um Wiederholungen zu vermeiden, als L. tuberculosus serpiginosus non exedens gemeinsam abgehandelt werden. Denn sehr oft finden sich beide Varietäten nebeneinander auf einem L. serpiginosus. Man stöfst sogar zuweilen an verschiedenen Stellen auf kleine Inselchen von Lupus exedens, ja auch auf Pünktchen von L. sclerosus.

Die hervorstechendste Eigenschaft des L. serpiginosus non ulcerosus ist das centrifugale Wachstum seiner Lupome. Während das Centrum des Lupus-Herdes bereits vernarbt, werden einzelne Lupome, gewöhnlich in Form von Streifen oder Kreisen, gleichsam wie eine Vorhut vorgeschoben. Die Ränder einer derartigen Neubildung bilden demnach immer gekrümmte Linien, die ab und zu Unterbrechungen zeigen. In diesen tuberkulösen Linien bewegt der Lupus sich vorwärts, und läfst hinter sich eine meist unregelmäfsige, weifse oder gerippte (plissée) Narbe, die an

der einen Stelle elastisch, an der andern hart ist, wie Devergie das richtig beschrieben hat. Oft besitzt diese Narbe ein eigentümlich wulstiges Aussehen.

Je mehr die Krankheit fortschreitet, desto kleiner wird im Allgemeinen die tuberkulöse Linie, um sich schliefslich, wie wir sehen werden, in einzelne Punkte aufzulösen, d. h., die Lupome verschwinden auf der einen Stelle durch interstitielle Resorption, um sich an einer andern Stelle neue Gebietsteile der Haut zu erobern.

Es hat fast den Anschein, als ob der Tuberkelbazillus das erstbefallene Hautgebiet unter Hinterlassung einer Narbe aufgibt, um sich in der Nachbarschaft von Neuem anzusiedeln, und erst durch den Prozefs der interstitiellen Resorption, in ganz seltenen Fällen auch durch die Sklerose, wird der Neubildung von Tuberkeln Einhalt getan.

Mehrere anfangs getrennte Lupus-Herde vereinigen sich oft durch zentrifugales Wachstum; auch finden sich um primär erkrankte gröfsere Flächen zuweilen vorpostenartige, kleinere Stellen, die erst sekundär entstanden sind, die aber in der Regel früher oder später mit den Hauptherden verschmelzen.

Auf diese Weise vermag der Lupus serpiginosus non exedens Schritt für Schritt grofse Hautstrecken zu befallen und so nach und nach, innerhalb weniger Jahre, eine ganze Gesichtshälfte, ja auch das ganze Gesicht, Hals und Ohren einbegriffen, zu zerfressen. Oder aber der L. serpiginosus non exedens wirft sich auf die Extremitäten und den Körper und zerstört die ganze Gesäfsgegend, einen grofsen Teil des Schenkels, einen ganzen Dritteil und mehr der Hautoberfläche.

Extragenitale Syphilisinfektion mit Rücksicht auf die heimischen (ungarischen) Verhältnisse.

Von

Dr. S. Róna,

in Budapest.

(*Gyógászat* 1890. No. 50 u. ff.)

Ich beobachtete insgesamt 46 Fälle von extragenitaler Sklerose und zwar 26 mal an den Lippen, 8 mal an den Mandeln, 3 mal an den Fingern, 2 mal am Bauche, 1 mal an der Stirne, 1 mal am rechten unteren Lide, 1 mal an der linken Konjunktiva, 1 mal an der linken Gesichtshälfte, in 1 Falle gleichzeitig an mehreren Körperstellen; 1 mal an der rechten Leistengegend, 1 mal in der Mastdarmöffnung.

4 mal unterkamen mir Fälle von Syphilis d'emblée, wo eine genitale Infektion ausschliefsbar war; die Einbruchsstelle der extragenitalen Infektion konnte man jedoch nicht bestimmt nachweisen.

Sklerose an den Lippen.

Die 26 Fälle von Lippensklerose verteilen sich auf 14 Männer und 12 Frauen; zu bemerken jedoch ist, dafs 9 hiervon teils an den verschiedenen Universitätskliniken, teils auf den Abteilungen des Rochusspitals zu meiner Kenntnis gelangten. Unter meinen eigenen 17 Fällen befanden sich 12 Männer, 4 Frauen. Unter den 4 Frauen war die

jüngste 19, die älteste noch nicht 30 Jahre alt. Die erstere war ledig und eine Virgo, 2 waren verheiratet, die eine seit 14 Tagen, die andere seit 3 Jahren; eine war von ihrem Manne geschieden. Die Virgo war in der Mitte der oberen Lippe, die zweite an der unteren Lippe, die dritte an der Mitte der Unterlippe, die vierte an der oberen Lippe infiziert. In allen 4 Fällen führte man die Infektion auf einen Kufs zurück. (In 2 Fällen konnte ich an den Lippen der Männer die Plaques konstatieren.)

Ein besonderes Interesse bietet der Fall von Lippenaffektion nach 3jähriger Ehe und 6jähriger Syphilis des Mannes. Eine 21jährige Hausiererfrau sprach bei mir am 14. Januar 1888 mit einer Sklerose in der Mitte der unteren Lippe vor, die bereits seit 5 Wochen besteht. Beiderseits mäfsige Intumescenz je einer Kieferdrüse. Pat. ist seit 3 Jahren verheiratet, war noch nicht gravid. Ihr Mann ward im Jahre 1882, also vor 6 Jahren, infiziert und stand seither zu wiederholten Malen in meiner Behandlung. Die Untersuchung des Mannes ergab Plaques an der Lippe. Nach 2wöchentlicher Behandlung der Frau kam es nach geringen fieberhaften Bewegungen zu einer allgemeinen Eruption.

Besonders interessant ist in diesem Falle der Umstand, dafs die Infektion nach 3jähriger Kohabitation extragenital geschah. Die Aussage des Mannes, dafs er in den letzten Jahren am Gliede keine Eruption gehabt, ist wahrscheinlich; dieses Moment, sowie jenes, dafs er beschnitten war (mithin keine schleimhautartige vulnerable Oberfläche bot), dürfte mitgewirkt haben, dafs eine genitale Infektion zu vermeiden war.

Unter den Männern war der älteste 35-, der jüngste 6jährig. Sämtliche waren unverheiratet. In 10 Fällen war als Ursache ein Kufs angegeben. Mit Ausnahme des 6jährigen Knaben, der durch den Kufs seiner recent-luetischen Mutter infiziert wurde, acquirierten sämtliche die Infektion im Bordell oder privat durch Küssen.

In pathologischer Beziehung ist die folgende, aus einem Seraphinkusse entstandene Infektion von Interesse. Ein 27jähriger Kaufmann konsultierte mich wegen einer kleinen haselnufsgrofsen, erodierten Lippensklerose und einer submaxillaren Drüsengeschwulst. Seine Infektion führte er aufs Küssen der Umgebung der weiblichen Genitalien zurück, die Lippengeschwulst beobachtete er vor 4 Wochen und gleichzeitig fühlte er auch unter dem Kiefer eine Drüse anschwellen. Nach einigen Wochen bildeten sich am Kranken die allgemeinen Erscheinungen der Syphilis aus, wogegen er monatelang von mir behandelt wurde. Die Zeit der Infektion vermochte er nicht bestimmt anzugeben, da er wöchentlich 2—3 mal koitierte und ward er stets von dem perversen Triebe des Seraphinkusses befallen. Über die Entstehung dieser geschlechtlichen Aberration erzählte Pat. Folgendes Schon im Knabenalter hatte er ein eigenartiges Gefühl, so oft er den von einem weiblichen Individuum herrührenden Ton des Flatus hörte. Allmählich ward ihm dieses Gefühl zu einem wollüstigen und von Erektionen, von seinem 14. Jahre ab von Ejakulationen begleitet. Nicht der Geruch, sondern der Ton irritierte ihn einigermafsen. Die Lust zur Onanie sowie zum Koitus trat bei ihm erst spät ein. Besonders interessant ist seine Erzählung, wonach er beim Anhören von Musik vornehmlich jenen Tönen lauschte, die bei ihm die obige Wirkung resultierten. Im Bordell gelang ihm der Koitus meistens nur mit jenen Freudenmädchen, die dieser seiner Leidenschaft nachzukommen vermochten. In den letzten 2 Jahren regte er sich zum geschlechtlichen Genusse auf andere Weise an, und zwar durch vehementes Küssen der perigenitalen Weichteile. Nur nach längerem Küssen stellte sich die Erektion ein. Dies die Geschichte der obigen Lippensklerose. Pat. ist dekrepid, blafs, nervös, doch wie ich weifs hat er seither von diesem perversen Geschlechtsgenusse abgelassen.

Sklerose an den Mandeln.

Unter den 8 Tonsillarinfektionen betrafen 6 Frauen. Bei den meisten waren die Vermittler: Kufs, Efs- oder Trinkgefäfse. Die älteste der Frauen war 33 Jahre alt. Eine ward durch eine syphilitische Schwester, eine durch ihren Bräutigam, eine (Wärterin) durch syphilitische Kranke, zwei Geschwister (2—4 Jahre alt) in der Umgebung ihrer Mutter und eine, die jüngste, ein 1jähriges Mädchen, durch den Kufs eines luëtischen Dienstboten infiziert. Mit Ausnahme der 33jährigen Wärterin waren die übrigen Virgines.

Unter den 2 männlichen Kranken war einer ein unverheirateter Beamter, der andere ein 6jähriger Knabe. Letzterer wurde durch den Kufs seiner recent-syphilitischen Mutter oder durch deren Efsgeräte infiziert.

Sklerose an den Fingern.

I. Fingersklerose, durch Krankenuntersuchung acquiriert.

Ein 35jähriger Arzt bemerkte vor 4 Monaten am Fingerfalz des rechten Daumens eine geringe rötliche Infiltration, die sich allmählich ausdehnte, exulzerierte und zu partieller Abstofsung des Nagels führte und trotz antiseptischen Verbandes nicht zuheilte. Inzwischen schwoll in der rechten Kubitalgegend eine Drüse nufsgrofs an; dieselbe vereiterte nicht, sondern blieb konstant hart. Pat. hatte keine Ahnung von seinem Übel und wollte nicht an Syphilis glauben, trotzdem seine Kollegen auf dem Lande an der allgemeinen Decke Papeln konstatierten. Er konsultierte mich, und ich diagnostizierte Fingersklerose und allgemeine Syphilis. Allmählich kam er darauf, wie er sich infizierte. Er mufste nämlich vor 3 Monaten zu wiederholten Malen die Plaques eines syphilitischen Kranken ätzen und insbesondere bei einer an recenter Syphilis Leidenden vaginale Untersuchungen vornehmen.

Aufser den oben angeführten Veränderungen bestanden an der Zunge, an den Gaumenbogen und Mandeln vernachlässigte Plaques, hochgradige Heiserkeit. Auf 40 Inunktionen bildeten sich die Erscheinungen gröfstenteils zurück.

II. Fingersklerose Papul. conjunct. secund.

Ein 36jähriger verheirateter Arbeiter suchte mich am 21. März .... auf. Derselbe ist seit 14 Jahren verheiratet, Vater dreier gesunder Kinder. Bezüglich seines Leidens giebt er an, im Januar zuerst bemerkt zu haben, dafs sich die Kuppe seines linken Ringfingers verdickte und geschwürig wurde. Mitte Februar stellten sich allgemeines Exanthem, Ohrenreifsen, Schlingbeschwerden, nächtliche Kopfschmerzen und rheumatische Schmerzen längs der Tibiae ein. Er gesteht, aufserehelich mehrmals koitiert und vor dem Beischlaf wollüstige Manipulationen getrieben zu haben.

Die Untersuchung konstatierte papulöses Syphilid, Plaques der Mundschleimhaut, an der Bindehaut des linken oberen Lides eine linsen- und eine erbsengrofse Papel. Im linken äufseren Gehörgang eine Papel. Die Kuppe des linken Ringfingers zeigt eine erbsengrofse indurierte eingezogene Narbe. Sämtliche palpablen Drüsen geschwolllen.

Sklerose am Bauche.

2 Fälle. Beidemal safs die Sklerose am unteren Teil des Bauches, an der Grenze der Schamhaare und wurde wahrscheinlich während der Kohabitation acquiriert. Jene Fälle, wo eine Sklerose zwischen den Haaren des Schamhügels vorgefunden wurde, sind, weil sie ziemlich häufig vorkommen, hier nicht angeführt.

Sklerose an der Stirn, infolge infizierten Pflasters (?)

An der Stirne eines unverheirateten Taglöhners entwickelte sich vor meinen Augen eine Sklerose mit ihren konsekutiven Erscheinungen. Der Kranke lag wegen eines

nässenden Ekzems der Stirne im Spitale und versah zuweilen den Dienst der Wärterin, so assistierte er unter anderem auch beim Verbinden der syphilitischen Kranken. Er strich das graue Pflaster auf Leinwandstreifen und verband die Geschwüre. Wahrscheinlich strich er mit infiziertem Finger seine Salbe auf die eigene Stirn und übertrug so die Syphilis auf sich, oder möglicherweise wurde die Syphilis durch das gemeinsame Handtuch, Leintuch vermittelt. Die Sklerose war sehr charakteristisch, und bestätigte der Verlauf die Annahme einer Sklerose.

Sklerose am unteren Augenlide (verursacht durch ein Badeleintuch?).

Eine 19jährige Braut konsultierte mich wegen des folgenden Leidens. Vor 5 Wochen bemerkte sie in der Mitte des rechten unteren Lides ein linsengroſses Knötchen, das nicht juckte, nicht schmerzte, allmählich an Ausdehnung gewann, näſste und sich mit einer bräunlichen Borke bedeckte. Seit jener Zeit schwollen 2 Kieferwinkeldrüsen an. Auf Zinksalbe, die vom Hausarzte ordiniert wurde, besserte sich der Zustand nicht.

Bei der Untersuchung fand ich parallel dem Lidrande eine längliche, mandelgroſse, hervorragende Infiltration, die vom Epithel entblöſst und mit einer schmutzig grauen Membran bedeckt war. Nach Abtragung derselben blutete die Fläche. Die obenbenannten Drüsen geschwollen.

Bezüglich des Ursprunges der Infektion glaubte Pat. ein nicht ganz reines Badeleintuch beschuldigen zu sollen. Der Verlauf rechtfertigte die Diagnose.

Sklerose an der Konjunktiva (Infektionsart unbekannt).

4jähriger Knabe, leidet seit 4 Monaten an einem Augenübel und seit 7 Wochen an einem ausgedehnten Ausschlag. Seit einigen Tagen wird er von einem Augenarzte behandelt. St. pr. An der Haut der Psoriasis vulgaris ähnliche Infiltration; linsengroſse und noch gröſsere Papeln; an den Schenkeln, am Gesäſs Roseolae. An den Handtellern schmutzig braunrote, harte Papeln, mit exfoliiertem Epithel. An der linken Halsseite bohnen- bis haselnuſsgroſse Drüsen. Das Lippenrot zeigt erythematöse Flecke, die Mandeln exulzeriert, mit Plaques bedeckt.

Nach der Einbruchsstelle der Infektion fahndend, wendete ich dem Augenübel ein besonderes Augenmerk zu, und bot das linke Auge die folgenden von mir bisher noch nicht beobachteten Erscheinungen: Die Konjunktiva des linken Auges ist in ihrem äuſseren Segmente in einem 1 cm groſsen Gebiete hochgradig infiltriert; die Infiltration drängt sich bei der Rotation des Auges nach auſsen als dicke, schmutzig braune Falte hervor. Ich hielt diese Veränderung der Konjunktiva für ein primäres Syphilom, da von einer Papel oder Gumma nicht die Rede sein konnte und in Anbetracht dessen, daſs die Erkrankung vor 4 Monaten mit sehr heftigen Augenerscheinungen einsetzte und auch die Drüsenschwellungen für diese Annahme sprechen.

Sklerose gleichzeitig an vier Stellen des Körpers.

Infektion durch Schröpfköpfe. Ausbruch einer Hausepidemie. Ein 52jähriger Landmann suchte mich wegen an verschiedenen Körperstellen aufgetretener Geschwüre auf, die er auf eine Zeit zurückführte, als er sich in einem hauptstädtischen Bade an jene Stellen blutige Schröpfköpfe setzen lieſs.

St. pr.: Über dem Capitulum der rechten Fibula, der rechten und linken Scapula je eine 3 cm lange, 2½ cm breite braunrote Infiltration, deren jede fenstergitterförmige, mit einem diphtheritischen Belege bedeckte Kontinnitätstrennungen zeigt. Die Infiltrationen sind hart. Die Drüsen der Nucha — seitlichen Hals — und rechten Cruralgegend haselnuſsgroſs geschwollen. Der Krankheitsverlauf nötigte zur Annahme einer syphilitischen Infektion, da sich Patient nach drei Wochen mit einem allgemeinen Exanthem vorstellte. Im Anschlusse an diesen Fall beobachtete ich, wie die

Frau des Patienten genital, — dessen Sohn und Schwiegertochter extragenital, wahrscheinlich vermittelst der Eßgeräte, infiziert wurden.

Sklerose am Anus.

Ein 26jähriger herrschaftlicher Diener wurde der II. Infektionsabteilung des Rochusspitales mit der Diagnose: Blattern zugeführt. Patient giebt an, vor zehn Tagen einen Schüttelfrost gehabt zu haben, dem Hitze folgte. Seither ist er fieberisch. Am vierten Tage des Fiebers stellten sich, am Körper zerstreut, Ausschläge ein.

Diagnose: Papulöses Syphilid. Die Raphe von der Analöffnung in einer Ausdehnung von 2 cm infiltriert, als harte Leiste hervortretend; die Mastdarmfalten beträchtlich hypertrophiert, infiltriert. Um die Öffnung zwei Geschwüre. — Inguinal- und Cruraldrüsen, sowie sämtliche palpable Drüsen infiltriert. Unzweifelhaft war die Infektion in diesem Falle auf einen Coitus peno-analis zurückzuführen. Auf Inquirieren gestand Patient, daſs an ihm vor einigen Wochen, als er berauscht war, Päderastie geübt wurde.

Bei einem Resumé der verschiedenen Infektionsarten ergeben sich folgende Momente der Syphilis-Propagation: 1. Der Kuſs. 2. Zusammenleben, gemeinsames Speisen (gemeinsame Eſs- und Trinkgeräte). 3. Erziehung der Kinder, das Stillen. 4. Das Zusammenwirken in den verschiedensten Lebensstellungen (gemeinsame industrielle Geräte). 5. Unvorsichtigkeit, Ignoranz; im Verlaufe zielbewuſster oder prophylaktischer Kuren; Quacksalberei. 6. Durch rituelle Gebräuche gebotene Handlungen. 7. Verschrobene sociale Gebräuche. 8. Sträfliches Übelwollen. 9. Geschlechtliche Aberrationen, perverse wollüstige Handlungen.

Der gröſste Teil der heimischen extragenitalen Infektionen fällt in die 1. und 2. Gruppe, wiewohl auch die Gruppen 3., 4., 5. und 9. mit einzelnen Fällen vertreten sind.

Was nun die Prophylaxe der extragenitalen Infektion betrifft, so fallen die ersten drei Gruppen in den Wirkungskreis der Hausärzte. Die 4. Gruppe streift das Gebiet der Schul- und behördlichen Ärzte. (Ärztliche Kontrolle der Fabriken, Bergwerke, Oekonomien, Hôtels, Cafés u. s. w.)

Die 5. Gruppe erheischt die Mitwirkung des gesamten ärztlichen Standes. Bezüglich der Spitäler, Bäder, chirurgischen Offizinen müſsten besondere, der syphilitischen Infektion vorbeugende Schutzmaſsregeln ins Leben gerufen werden und müſste mit der Quacksalberei gründlich aufgeräumt werden.

Was das Impfen betrifft, so kann man mit der neuen Aera zufrieden sein, da fast allgemein die animale Vaccination geübt wird.

Über die 6. Gruppe haben die behördlichen Arzte zu wachen. Das bei den orthodoxen Israeliten geübte Aussaugen der Wunde von Beschnittenen wäre strengstens zu verbieten.

Korrespondenz.

Paris, Mitte April 1891.

Zu Fournier's Vortrag über die Behandlung der Syphilis, gehalten zur Eröffnung des neuen Semesters. — Erythematöses Syphilid des tertiären Stadiums. — Sitz des Lupus sclerosus Vidal's auf dem Halse. —

Während einer neuerlichen Reise ins Ausland, hatte ich Gelegenheit, einen Chirurgen zu hören, der Vorstand einer grofsen Syphilis-Abteilung ist. Derselbe äufserte sich in einem grofsen Krankenhaus, das von zahlreichen Studenten besucht wird, dahin, dafs es nicht nur nutzlos, sondern sogar schädlich sei, die Syphilis mit Quecksilber zu behandeln, und dafs die Tonica und örtliche Verbände vollkommen ausreichten. Mit der Besprechung dieser Thatsache, dafs es nämlich noch Ärzte gibt, die von der Wirkungslosigkeit des Quecksilbers überzeugt sind, hat Fournier eine Reihe von Vorlesungen über die Behandlung der Syphilis begonnen, und zwar macht er uns durch vergleichende Zahlenreihen den gewaltigen Unterschied klar, der zwischen den Ergebnissen der behandelten und der nicht behandelten Syphilis besteht.

So fand Fournier bei 61 nicht behandelten Kranken 21 mal tuberkulöses, phagadänisches Syphilid; 26 mal Knochenerkrankungen; 24 mal Erkrankungen des Central-Nervensystems; 10 mal Zerstörungen des Gaumensegels; 10 mal verschiedene andere Erkrankungen.

Andernteils trifft man nur bei solchen Patienten, die gar nicht wissen, dafs sie syphilitisch sind, die nie behandelt waren und nie behandelt werden, solche Zerstörungen, wie bei den beiden Frauen, deren Krankengeschichte veröffentlicht ist,[1] bei denen nacheinander Augen, Nase, Lippen und Zahnfleisch zerstört wurden.

Dagegen verfügt Fournier über die stattliche Reihe von nahezu 500 Kindern, die er seit vielen Jahren beobachtet und die völlig gesund sind, trotzdem sie von syphilitischen Eltern abstammen, die in seiner Behandlung standen. Er erwähnt derartige lehrreiche Fälle, wie z. B. folgenden: Die Eltern lassen sich an ihrer Syphilis behandeln und bekommen 2—3 gesunde Kinder. Als sie dann aber im Vertrauen darauf, dafs sie geheilt seien, die Behandlung unterliefsen, stellten sich bei ihnen

[1] Syphils mutilante de la Face. — Hallopeau und Wickham. *Annales de Derm. et de Syph.* Januar 1889.

wieder frische Symptome der Syphilis ein und die darnach geborenen Kinder waren alle mit dieser Krankheit behaftet.

Es ist gefährlich, sagt FOURNIER, die Syphilis, selbst in ihrer anscheinend mildesten Form, sich selber zu überlassen, denn man kann im Beginn das Ende gar nicht absehen; es besteht keine unmittelbare Beziehung zwischen dem Grad der Schwere der zweiten und dritten Periode.

Bei hundert Fällen tertiärer Hirnsyphilis, die er aus seiner Praxis beliebig herausgriff, fand FOURNIER über den Verlauf des sekundären Stadiums verzeichnet, dafs es 17 Mal äufserst milde, 54 Mal milde, 22 Mal mäfsig stark und nur 7 Mal äufserst heftig verlief.

Diese Zahlen sind sehr beweisend. Ein Schanker, der harmlos anfängt, kann deshalb doch schwere Erkrankungen bringen, und man hüte sich daher wohl, ihn nicht zu behandeln — eine Vorschrift, die namentlich für die Privatpraxis von Wichtigkeit ist. Bei den bessern Klassen verläuft die Ansteckung häufig milde, da sie sorgfältig behandelt wird, so dafs man öfters in die Versuchung gerät, einen Patienten, der nach seinem Schanker nur eine leichte Roseola und einige Schleimhaut-Plaques gezeigt hat, zu entlassen. Gerade auf diese Thatsache des häufig so äufserst günstigen Verlaufs einer von Anfang an zweckmäfsig behandelten Syphilis stützen sich in Frankreich die Gegner der Exzision des Schankers, um die Verteidiger dieser Operation zurückzuweisen, die behaupten, dafs es nach der Operation in den meisten Fällen gar nicht zu Sekundär-Erscheinungen komme. Man würde sich aber mit einer schweren Verantwortung beladen, wollte man diese Patienten nicht weiter behandeln.

Ich habe im Krankenhaus einen weitern Fall[2] von erythematösem, stellenweise leicht papulösem Syphilid des tertiären Stadiums gesehen. Dieses, von FOURNIER Roseola tardiva genannte, Exanthem ist chronisch und sehr hartnäckig; es besteht aus vereinzelten, meist wenig zahlreichen, oberflächlichen Plaques. In diesem Fall waren seit dem Schanker und der Sekundärperiode 15 Jahre verflossen. Die betreffende Patientin hatte gleichzeitig Symptome tertiärer Keratose an den Händen und eine stellenweise Zerstörung der Papillen auf der Zunge. — Der Wachsabdruck No. 1425 in der Sammlung des Hôpital Saint-Louis ist eine gelungene Nachbildung dieser Roseola tardiva. Es ist immerhin wichtig, von dem Vorkommen dieser Form Kenntnis zu haben, da man sonst leicht, beim Fehlen jedes andern tertiären Symptoms, angesichts dieser Roseola zur Annahme einer zweimaligen Syphilis Infektion verleitet werden könnte.

---

[2] *Annales de Derm. et de Syph.* März u. April 1889. — *The British Journal of Dermatology.* Juni 1889.

Über die Ursachen des milderen oder heftigern Verlaufs einer Syphilis hat sich FOURNIER schon öfters ausgesprochen. Nach ihm wird die Krankheit in ihrem weitern Verlauf ungünstig beeinflufst durch Alkoholismus, Skrofulose, Vernachlässigung, Kummer und Entbehrungen, Sumpffieber und alle sonstigen schwächenden Momente. Eine dieser Ursachen läfst sich in der Regel, wenn auch nicht immer, nachweisen. So habe ich letzthin einen kräftigen jungen Menschen von ungefähr 20 Jahr mit bösartiger, schnellverlaufender Syphilis gesehen. Die Infektion hatte vor einem Jahr stattgefunden und innerhalb dieses Zeitraums waren schon 6 grofse Gummata zum Ausbruch gekommen und wieder vernarbt; ein siebentes Gumma war auf der fast ganz zerstörten Unterlippe in Bildung begriffen. Bei diesem Patienten nun war zur Erklärung des schweren Verlaufs der Syphilis aus seinem Vorleben mit dem besten Willen keine Ursache herzuleiten, so dafs man für diesen Fall wohl eine besondere Virulenz der Syphiliskeime annehmen mufs. Von diesem Gesichtspunkt aus wäre es sehr interessant, wenn man für alle Fälle von Syphilis gravis die Natur der Syphilis der ansteckenden Person kennte. Die Fälle, in denen FOURNIER diese Bekanntschaft gelungen ist, lassen eine Beziehung zwischen dem Verlauf der Mutter- und Tochter-Syphilis nicht erkennen.

In FOURNIERS Behandlung kam dieser Tage ein Mann von gesundem Aussehen, aber mit ausgesprochenem Spitzenkatarrh, der auf dem Hals ein typisches Bild von VIDALS Lupus sclerosus s. Tuberculosis verrucosa darbot. Ein derartiger Sitz dieser Krankheit ist etwas ganz Ungewöhnliches, und ich erinnere mich keines solchen Falles weder aus meiner Krankenhauspraxis, noch aus den anatomischen Sammlungen, noch aus den Atlanten. Bei den Krankenhauspatienten sitzt diese Neubildung mit Vorliebe auf dem Rücken der rechten Hand, nahe dem Daumen. VIDAL erklärt sich dieses Verhalten daher, dafs der gemeine Mann die Gewohnheit hat, sich den Mund nach dem Räuspern mit dem Handrücken abzuwischen. In der That befand sich bei zwei linkshändigen Patienten der Lupus auf der linken Hand. Diese Patienten sind meistens tuberkulös, andrerseits sind infolge ihrer Arbeit ihre Hände häufig aufgerissen; VIDAL hat daher wohl Recht, wenn er den Sitz des Lupus auf der Hand durch Auto-Inokulation erklärt.

Genehmigen Sie u. s. w.

Ihr

ergebenster LOUIS WICKHAM.

(Übersetzt von Dr. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

b. *Tuberkulose.*

In der Sitzung vom Dez. 1890 der Société des Sciences médicales de Lyon wies Poncet den Arm eines Mannes vor, den er wegen **Lupus elephantiasicus** amputiert hatte. (*Annales de Derm. et de Syph.* 3./1891.) *Türkheim-Hamburg.*

Lupus verrucosus am Handrücken. (*Transactions of the Path. Soc.* London 1890.) Dr. B. Robinson demonstrierte ein Präparat dieser Erkrankung, das von einem angeblich gesunden 31jährigen Manne stammte. Die Krankheit zeigte sich zuerst zwölf Monate, bevor er ins Hospital kam. Keine Klagen über schlechten Gesundheitszustand, kein Anzeichen von Tuberkulose. Sonst waren keine ähnlichen Flecke vorhanden. Keine hereditäre Belastung in der Familie. Auf dem Rücken der rechten Hand ein Fleck von etwa 3 Zoll Durchmesser, im Centrum von bläulicher Farbe und narbig vertieft, aber am Rande erhaben und mehr rot, der Rand besetzt mit abgerundeten, warzenähnlichen Knötchen, von denen einige gestielt waren. Der Fleck war nicht exulzeriert. Die Randpartie wurde rundherum abgekratzt, und aus den gröfseren Stücken wurden Schnitte angefertigt.

Histologisch sah man geschichtetes Epithel an der Oberfläche der Schnitte; die Dicke des Epithellagers differiert beträchtlich, indem an einzelnen Stellen das Stratum papillare cutis fast zu tage tritt, während an anderen ausgedehnte Fortsätze sich tief ins subepitheliale Gewebe erstrecken. Die meisten Papillen sind mit kleinen Rundzellen infiltriert, die Infiltration setzt sich nach unten in die Cutis fort und an einigen Stellen ins Epithellager. Zerstreut durch dies Granulationsgewebe finden sich Riesenzellen, aber bemerkenswerterweise fehlt die Anordnung in Knötchenform. Ein gestielter Fortsatz zeigt dieselbe Struktur, wie der übrige Schnitt. Dr. R. möchte den Fall lieber als Hauttuberkulose wie als Lupus verrucosus ansehen.

Leslie Roberts-Liverpool.

c. *Syphilis.*

Der syphilitische Leichdorn, von F. Buret. (*Journ. des mal. cut. et syph.* Bd. III. S. 58.) Der syphilitische Leichdorn tritt meist im tertiären Stadium auf und unterscheidet sich weder durch Sitz noch Bau von seinen nicht syphilitischen Brüdern. Man kann ihn leicht enukleieren und erhält dann eine kleine, äufserst harte Kugel, während in der Epidermis eine entsprechend grofse Höhle zurückbleibt, die sich nach 2—3 Wochen mit einem neuen Leichdorn ausfüllt und so fort, bis der Prozefs nach einigen Monaten abgelaufen ist. Die Höhle bietet in ihrem Bau einige kleine Abweichungen. — Wichtig ist nach B's. Versicherung, dafs der syphilitische Leichdorn als einziges Symptom einer bestehenden Syphilis vorhanden sein kann.

Türkheim-Hamburg.

Ein Fall von Syphilis hereditaria, von J. Darier und H. Feulard. (*Annal. de derm. et de syph.* 1891. S. 89.) Das Kind starb im 11ten Monat. Sektions-Bericht und histologischer Befund werden ausführlich mitgeteilt. Es wurden gefunden: Multiple

Gummata der Schädeldecken und der langen Knochen; Gummata der Leber (Hepatitis nodularis syphilitica); Gummata der Hoden (Orchitis sclero-gummosa); Gummata im Darm (Enteritis syphilitica). Bemerkenswert erscheint nach den V'n. an diesem Fall, dafs eine Frau nach 6jährigem Bestand der Syphilis und nachdem im letzten Monat der Schwangerschaft eine specifische Behandlung stattgefunden hatte, ein scheinbar gesundes Kind zur Welt bringt, das aber bald luetisch erkrankt und trotz entsprechender dreiwöchentlicher Behandlung (im 4. Monat) nach einiger Zeit an zahlreichen Gummata zu Grunde geht. Beachtenswert erscheint ferner die grofse Zahl der Gummata und ihr teilweise so seltener Sitz. — Den Schlufs der umfangreichen Arbeit bildet eine Erwähnung der einschlägigen Litteratur.

Türkheim-Hamburg.

Über den anscheinenden Antagonismus zwischen Syphilis und dem Streptococcus erysipelatis, von O. Horwitz. (*Med. News.* 21. III. 1891.) Bericht über zwei Fälle von Syphilis, welche durch einen interkurrenten Ausbruch von Erysipel günstig beeinflufst wurden. Der erste Patient, ein 40jähr. Kommis, war etwa 4½ Monate teils im Hospital teils poliklinisch wegen eines phagedänischen Schankers und pustulöser und ulzeröser Syphilis sehr maligner Art behandelt worden. Das Leiden hatte sich anfangs gebessert, hatte aber dann sich erheblich verschlimmert, so dafs man beim Eintritt eines sich von der Nase aus über Gesicht und Hals ausbreitenden Erysipels den baldigen Eintritt des Todes erwartete. Indessen nahm die Krankheit einen günstigen Verlauf, und alsbald nach dem Überstehen des Erysipels trat baldige Heilung sämtlicher syphilitischer Geschwüre ein. Die weitere antisyphilitische Behandlung war völlig erfolgreich.

Der zweite Fall betraf einen Mann mit einem tiefen gummösen Geschwür der Wade. Die übliche antisyphilitische Behandlung wurde drei Wochen lang erfolglos fortgesetzt wie auch eine Kur im Schwefelbade. Nach Überstehen eines ziemlich heftigen Anfalls von Rose fand es sich, dafs das Geschwür ohne alle weitere antiluetische Behandlung ausgeheilt und gut vernarbt war. — Zwei ähnliche Fälle sind auch von Neumann beschrieben worden. *Philippi-Nieheim.*

Narbiger Verschlufs des Isthmus faucium infolge von Syphilis, von Ch. Sauvineau (Interne). (*Annal. de derm. et de syph.* 1891. S. 209.) Es handelte sich um eine 59jähr. Frau, bei der das sklerotische Gaumensegel derartig mit Rücken und Rändern der Zunge verwachsen war, dafs sie kaum noch schlucken konnte. Die Verwachsung wurde operativ gelöst. Durch 10 Nähte, welche das Gaumensegel mit den Gaumenbögen verband, wurde ein Recidiv verhindert. *Türkheim-Hamburg.*

Zur Kenntnis der Rückenmarkssyphilis. Von Magnus Möller-Stockholm. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891. Heft 2.) Verf. hatte Gelegenheit im Krankenhause St. Göran 5 Fälle von Rückenmarkssyphilis zu beobachten, 3 Männer und 2 Frauen, sämtlich mit Syphilis im frühen Stadium.

1. Fall. Die 22jähr. Patientin hatte etwa ½ Jahr vor ihrem Eintritte ins Krankenhaus Syphilis acquiriert. Gegenwärtig zeigt sie papulöse Syphilide an der Vulva, am Anus etc. aufserdem Schwellung der Leistendrüsen. Das Allgemeinbefinden ist gut; keine Kopfschmerzen. Nach 4 innerhalb 3 Wochen verabreichten Injektionen mit Hydr. salicyl. à 0,1 schwinden die obigen Symptome. Drei Tage später zur Zeit der Menstruation wurde die Patientin von einer Rückenmarkskrankheit befallen, die sich zuerst in intensiven Schmerzen in der unteren Dorsal- und oberen Lumbalregion, in Urinretention, verminderter Urinquantität äufserte. Allmählich entwickelte sich Parese der unteren Extremitäten, die Sehnenreflexe sind verstärkt. Es besteht Hyperästhesie,

insbesondere über dem 4. und 5. Halswirbel. Der Kopf wird in Opistotonusstellung getragen. Zwei Monate nach Beginn dieser Rückenmarkserscheinungen trat Amaurose des rechten Auges ein, welche ebenso wie die Parese noch nach Monaten fortbestehen. Da die Patientin zur Zeit der Quecksilberbehandlung unter der Einwirkung eines gehörigen Quantums Quecksilber mit den Rückenmarkssymptomen erkrankte, da die allerdings spät eingeleitete, antisyphilitische Kur auf den Verlauf des Rückenmarksleidens keinen merklichen Einfluſs ausübte, so wird man diesen Fall als eine zweifellose Rückenmarkssyphilis nicht ansehen können. Mit Recht nimmt der Verfasser auch nur die Möglichkeit einer Rückenmarkssyphilis an.

2. Fall. Die 45jähr. Patientin bekam nach ziemlich heftigen Prodromalsymptomen November 1888 einen syphilit. Ausschlag, der mit 36 Sublimatinjektionen erfolgreich behandelt wurde. Juni 1889 zeigten sich wiederum Syphilide nebst Iritis und Schmerzen im unteren Teile des Rückens. August desselben Jahres stellten sich Schwäche und Taubheitsgefühl in den Beinen ein, hierauf Urinretention, etwas später sehr schmerzhafte vom Rücken in die Beine ausstrahlende Parästhesien. Die Patellarreflexe waren anfangs verstärkt, später zeigten sich dieselben bald erhöht, bald herabgesetzt. Die ebenfalls spät eingeleitete Behandlung hatte fast gar keinen Erfolg. Die Prodromalsymptome der im Jahre 1888 acquirierten Syphilis, bestehend in Kopfschmerzen, Ohrensausen, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Schmerzen im Rücken, Frösteln und Fieber etc. zeigten den Charakter der von Lang so benannten Meningealirritation. Dieselbe hängt von Hyperämien oder geringen Infiltrationszuständen innerhalb des Centralorganes oder dessen Häuten ab.

3. Fall. Der 29jähr. Patient, Landwirt, hatte Januar 1889 Syphilis, im Juni desselben Jahres ein Recidiv, das unter der antisyphilit. Kur vollständig verschwand. Im Oktober 1889 war der Patient mit Deichen beschäftigt, wobei er 9—10 Stunden täglich bis über die Kniee im Wasser stehen muſste. Am 30. Oktober erkrankte er plötzlich mit Diarrhoe und Erbrechen. Am 2. Nov. bekam er heftige Schmerzen im Rücken, denen in den nächsten Tagen Schwäche in den Beinen, sodann Lähmung der unteren Extremitäten und Urinretention folgten. Unter energischer Behandlung mit Jod und Quecksilber gingen diese Symptome allmählich zurück, während die Blasenstörungen noch längere Zeit fortdauerten. Auch dieser Patient zeigte vor dem Eintritte des Recidivs ein auffallendes Prodromalsymptom, welches sich in Schmerzen am Rücken längs der 12 Interkostalnerven äuſserte.

[Man wird sich jedoch in dem vorliegenden Falle nicht ganz der Annahme verschlieſsen können, daſs die Syphilis wohl einen günstigen Boden für die Erkrankung des Rückenmarks abgegeben haben mag, daſs aber die eigentliche Ursache in der dem Ausbruche des Leidens unmittelbar vorangegangenen intensiven Erkältung der Beine zu suchen ist. Referent.]

4. Fall. Etwa 13 Monate nach Eintritt der Primäraffektion erkrankte der 37jähr. Patient mit ausgesprochenen Rückenmarkssymptomen, mit intensiven Schmerzen im Lumbal- und unteren Dorsalteile des Rückens, mit Gürtelgefühl, Parästhesien, Störungen der Sehnenreflexe, schlieſslich Urinverhaltung und Parese der unteren Extremitäten. Cerebrale Symptome waren nicht vorhanden. Die antisyphilit. Behandlung bestand in einer Inunktionskur während 20 Tage, hierauf Jodkalium durch 4 Wochen. Die Besserung trat langsam ein; erst nach einer 2., einige Monate später unternommenen Inunktions- und Badekur verschwanden die Symptome gänzlich. Nach 2½ Jahren wurde der Patient plötzlich von Gehirnsymptomen befallen, Kopfschmerz, Apathie, Taubheit, Sprachstörung, Augenmuskellähmung. Auch dieses Mal wurde mit der Einleitung einer antisyphilitischen Behandlung die Besserung schnell herbeigeführt,

so dafs ein Zweifel, dafs es sich in dem vorliegenden Falle um einen recidivierenden syphilit. Prozefs im Nervensystem gehandelt habe, nicht obwalten kann.

5. Fall. Der 45jähr. Patient acquirierte im Herbste 1887 Syphilis, im April 1888 klagte er über Ohrensausen und schnell abnehmendes Gehör; im Sommer desselben Jahres litt er an Schwindelanfällen. Im November machte er wegen papulöser Syphilide und Adenitis im Stockholmer Krankenhause eine Schmierkur durch. Im April des nächsten Jahres litt er im linken Teile des Gesichtsfeldes an Doppelbildern, vor welchen er sich durch Verbinden des linken Auges schützte. Die Doppelbilder verschwanden allmählich unter Jodkaliumgebrauch. Am Morgen des 16. April stellte sich ohne besondere vorangehende Veranlassung Urinretention, Ameisenkriechen in den Oberschenkeln, schnell zunehmende Schwäche in den Beinen, am Abende desselben Tages völlige Lähmung ein. Das Bewufstsein war klar, Schmerzen in den Beinen nicht vorhanden. Eine Inunktionskur wurde erst später eingeleitet. (Warum? Ref.) Patient bekommt Dekubitalgeschwüre und geht unter stetig zunehmendem Marasmus zwei Monate nach Beginn der Rückenmarkserkrankung zu Grunde.

Während das Rückenmark makroskopisch bei der Sektion nichts aufwies, was die Lähmung erklären könnte, zeigten sich mikroskopisch:

1. Veränderungen der Gefäfse in der Peripherie, welche ausschliefslich die Intima sowohl der Arterien wie der Venen betrafen;

2. degenerative Veränderung der Nervenelemente der weifsen Substanz.

Indem der Verf. im Folgenden auf den pathologisch-anatomischen Prozefs des letzterwähnten Falles näher eingeht, kommt er an der Hand der ziemlich umfangreichen Litteratur über Rückenmarkssyphilis zu dem Schlusse, dafs es ein absolut zuverlässiges, charakteristisches Kennzeichen des pathologisch-anatomischen Prozesses bei Rückenmarkssyphilis noch nicht gibt, vielleicht erst in dem specifischen Agens, das noch zu entdecken sei, gefunden werden wird. *C. Berliner-Aachen.*

Zum Standpunkt der heutigen Syphilistherapie. (*Correspondensbl. f. schweiz. Ärzte.* 1891. No. 5.) Vortrag von Krebs. K. stellt folgende Fragen auf:

1. Soll der Primäraffekt durch Excision entfernt werden und wird dadurch das Auftreten der Sekundärsymptome verhindert?

2. Wann soll die Allgemeinbehandlung beginnen?

3. Welches ist die zweckmäfsigste Form und Verbindung des Quecksilbers in der Syphilisbehandlung?

Obwohl K. der Ansicht ist, dafs „im allgemeinen durch Excision des Primäraffektes die Syphilis nicht koupiert werden kann", hält er dennoch die Operation da für indiziert, wo 1. die Diagnose gesichert ist; 2. wenn operiert wird, so lange keine Lymphdrüsen affiziert sind; 3. bei typischer Ausbildung und scharfer Abzweigung der Sklerose. — Überhaupt divergieren die Ansichten der verschiedenen namhaften Spezialisten in diesem Punkte noch bedeutend von einander.

In der zweiten Frage schliefst sich K. der Ansicht Neumanns an, wonach durch die Frühbehandlung der Syphilis den Sekundärsymptomen gar nicht vorgebeugt wird, sondern dieselben nur in anderer Lokalisation aber öfters in viel heftiger Form auftreten (heftige Schleimhautaffektionen an Stelle der Hauterscheinungen).

Als passendste Form der Quecksilberapplikation gilt die von Alters her praktizierte Inunktionsmethode, welche allen gestellten Bedingungen am meisten entspricht (schnelle Beseitigung der Symptome, geringste Schädigung des Organismus, beste Chancen für Ausbleiben der Recidive). Dieser Methode steht am nächsten die Injektionstherapie mit unlöslichen Quecksilberverbindungen, welche aber bedeutende

Nachteile mit sich führt (Phlegmone und Abscesse, intensive Störungen der Darmfunktionen, Lungenembolien). Als passendstes Vehikel für diese Verbindungen hat sich der Gummischleim bewährt. Bezüglich der löslichen Quecksilberverbindungen weist K. darauf hin, dafs sie zwar weniger gefährlich aber auch viel weniger sicher im Erfolge seien als die unlöslichen. Eine statistische Arbeit von Lexer (*Archiv f. Derm. u. Syph.* 1889) spricht für die Richtigkeit dieser Anschauungen.

Was die Dauer der Behandlung anlangt, so seien äufsere Verhältnisse, Konstitution des Kranken, Grad der Erkrankung und andere Momente mehr zu berücksichtigen. Die Frage, ob im weiteren Verlaufe der Krankheit eine Behandlung nur bei jeweiligen Recidiven eintreten soll oder ob eine sogenannte chronische, intermittierende Quecksilbertherapie die passendste sei, ist noch unentschieden, da beide Richtungen ihre namhaften Vertreter haben. Jedenfalls dürfen nicht alle Fälle nach einem Schema behandelt werden. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Beitrag zur hypodermatischen Anwendung unlöslicher Quecksilbersalze zur Behandlung der Syphilis, von Carl Levy. (Strafsburg 1890, Dissertation). Verf. führt nach einer Besprechung der Geschichte der unlöslichen Quecksilberverbindungen 14 Fälle auf, die teils mit Hg salicyl., teils mit Hg thymolo-acetic. behandelt sind, und kann sich auf Grund dieser 14 Krankengeschichten nicht von den besonderen Vorzügen der unlöslichen Salze überzeugen; er sah häufig Infiltrate, zweimal Hautgangrän, die er durch Verletzung besonders empfindlicher, vielleicht trophischer Elemente der Haut erklärt (! Ref.) und häufig Stomatitis; ebenso trotz kurzer Zeit der Beobachtung bereits bei 5 Patienten Recidive. Da nun aufserdem die Deponierung einer gröfseren Menge von Quecksilbersalz, das nach den Untersuchungen häufig nicht gleichmäfsig resorbiert wird, so dafs schliefslich nach mehreren Injektionen plötzlich eine akute Quecksilbervergiftung auftreten kann, zweifelsohne eine gewisse Gefahr für den Patienten in sich birgt, so warnt er vor den unlöslichen Salzen, und empfiehlt das Succinimid-Hg, das prompt wirkt und auch noch weniger Schmerzen macht, als obige unlöslichen Salze. Dafs der Organismus durch diese auch nach beendigter Kur noch eine Zeit lang unter Hg-Einfluls gehalten werde, hält Verf. nicht für vorteilhaft, neigt er doch überhaupt der Ansicht Schimmelbusch zu, dafs das Quecksilber überhaupt kein Specifikum gegen Syphilis sei. (! Ref.)

[Ref. ist trotzdem nach mehrjährigem Gebrauch mit Hg salicyl. andauernd durchaus zufrieden, obgleich er in letzter Zeit einmal in einem Falle bei ambulanter Behandlung nach 0.06 Enteritis mit blutigen Stühlen auftreten sah; sonst kann Ref. über von ihm beobachtete Stomatitis und Infiltrate, besw. Schmerzhaftigkeit der Injektionen wenig berichten.] *Hahn-Bremen.*

Über eine heilbare Form von Tabes, von Adamkiewicz. (*Przeglav Lekarski.* 1891. No. 6, 7.) A. beschreibt 2 Fälle von sogen. akuter **Tabes luetica.**

Erster Fall. Ein 44jähriger Mann bekommt im Januar 1888 plötzlich, ohne Prodrome, eine Parese der Unterextremitäten. Im März typisch tabetischer Gang, bedeutende Parese der Unterextremitäten, der Rumpfmuskulatur, später auch der Oberextremitäten. Sehnenreflexe erloschen. Kopfschmerz. Rechte Pupille erweitert und reagiert schwächer auf Lichteinfall. Taubsein der Hände und Füfse. Lues vor 10 Jahren.

Bei antisyphilitischer Therapie (2,50 Jodkali täglich binnen 6 Wochen) rasche Besserung. Im Mai kann der Kranke gut gehen; im Juni sind alle Symptome verschwunden. Sehnenreflexe sind wieder erschienen. Seit 2 Jahren vollkommene Gesundheit.

Zweiter Fall. 45jähriger Mann mit Parese der Unterextremitäten, der Rumpfmuskulatur, der rechten Facialis, Erweiterung der rechten Pupille. Sehnenreflexe erloschen; Taubsein und Kribbeln in Händen und Füßen, Impotenz, Gürtelgefühl, starke Kopfschmerzen, Schmerz beim Druck auf die Brust- und Lendenwirbel. Alle genannten Symptome haben sich binnen 4 Wochen entwickelt. Lues vor 5 Jahren. Vollkommene Heilung nach dreimonatlicher antisyphilitischer Therapie (40 Inunktionen mit 4,0 + 4,0 Jodkalium täglich). — Der Autor zweifelt übrigens nicht, daß es sich in diesen und ähnlichen Fällen, nicht um degenerative Vorgänge handelt — es sind dies Fälle von Meningitis cerebrospinalis luetica (Westphal, Jürgens). *Funk-Warschau.*

Über den Initialaffekt, von G. R. Palmer. (*Amer. Practitioner and News.* Jan. 17. 1891. p. 337.) Nach Berücksichtigung der Pathologie des Ulcus molle und des Initialaffektes der Syphilis bespricht P. die Behandlung derselben. Multipel auftretende Schanker sollen niemals geätzt werden; nach Abwaschungen mittelst Sublimat (1 : 2000) soll Jodoform aufgepulvert werden. Aristol und Jodol haben sich nicht bewährt. Bei schweren Fällen von eiternden venerischen Geschwüren ist die Enukleation oder das Curettement angezeigt. Initialaffekte der Syphilis sollen, wenn möglich, exstirpiert werden. Allgemeine Erscheinungen werden jedoch dadurch nicht verhütet. *A. F. Büchler-New-York.*

Vergrößerung der subkutanen Lymphdrüsen der Tertiärperiode der Syphilis, von D. W. Montgomery. (*Pacific. med. Journ.* Febr. 1891. p. 75.) Es handelt sich hier um den Fall eines schlecht genährten, anämischen Mannes, der vor 10 Jahren einen Initialaffekt acquirierte. Es sollen während der Sekundärperiode keine Hauterscheinungen der Syphilis aufgetreten sein. Es zeichnete sich dieses Stadium jedoch durch eine hartnäckige, der Behandlung widerstehende Polyadenitis aus. Als Patient zuerst unter Beobachtung kam, bestand eine große, ovale, von vorn nach hinten abgeflachte Drüsengeschwulst, die sich zwei Zoll oberhalb und zwei Zoll unterhalb der linken Clavicula erstreckte. Nach 18monatlicher Behandlung mittelst großer Dosen Jodkaliums trat Besserung ein. *A. F. Büchler-New-York.*

Über Syphilis maligna, von Iven. (Bonn, 1890. Dissert.) An den bösartigen Verlauf der Lues bei ihrem ersten Auftreten erinnern noch heute zwei Formen: die endemischen Syphilide und die maligne Lues. Verf. schildert einen Fall der letzteren Erkrankung aus der Bonner Klinik, wo sich bei einer blassen, schwächlichen Person infolge eines großen, vernachlässigten Primäraffekts an der Oberlippe neben Exanth. mac.-pap. auf dem Kopfe zugleich Ulzerationen tertiären Charakters entwickelt hatten. Dabei bestand mäßiges Fieber. Die Behandlung bestand in Darreichung von 2 gr Kal. jodat. täglich und vorsichtiger Injektionskur mit Hydrarg. salicyl. Auf diese Weise wurde in reichlich 8 Wochen komplete Heilung erzielt. Nachdem Verf. sodann die Erscheinungen, Verlauf und Prognose der malignen Lues besprochen, warnt er bei der Therapie vor dem frühzeitigen Gebrauch des Quecksilbers und empfiehlt vor allem Jod und Roborantia. (Auch im geschilderten Fall wurde Hg schlecht vertragen.) Zum Schluß wird die Ätiologie besprochen, doch läßt Verf. diese Frage offen und erhofft volles Verständnis über das Wesen der Syphilis erst nach genauerer Kenntnis der Lustgarten-Doutrelepontschen Bacillen und ihres Verhältnisses zu derselben. *Hahn-Bremen.*

Lang demonstrierte in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien (*Intern. klin. Rundschau.* 1891, No. 8) einen Patienten, bei dem er **ausgedehnte gummöse (? Ulzerationen,** die von der Peniswurzel bis zur rechten Spina ant. sup. reichten und

auf keine Art und Weise zu Heilung gebracht werden konnten, durch **Hauttransplantation** geschlossen hatte. Nach Exstirpation der Herde nebst Geschwürsgrund und mehreren Drüsen wurde normale Haut vom Schenkel überpflanzt, sie heilte ziemlich verschieblich und glatt an, und sticht somit vorteilhaft gegenüber der nach innen gelegenen, dicken, derben, durch Granulationsbildung zu stande gekommenen Narbe ab.

Hahn-Bremen.

Versammlungen.

IV. Kongreſs russischer Ärzte in Moskau.

Abteilung für Dermatologie und Syphilis.

(*Wratsch.* 1891. No. 7.)

(Schluſs.)

Dr. Schtschepotjeff führt einen Fall von **Lupus** vor, der **mit Kochscher Lymphe behandelt** werden soll. Vortragender hält diesen Fall für besonders geeignet, da wegen der groſsen Ausbreitung Ausschabungen nicht anwendbar, alle sonstigen Methoden aber bereits vergeblich versucht worden seien. Patient 29 Jahre alt und 7 Jahre krank. Ausgangspunkt — linkes Knie. Der Lupus bedeckt die ganze Vorderfläche des Oberschenkels, die linke Hälfte des Bauches; im Gesicht rechte Wange und die Umgebung der Nase und des Mundes.

Dr. Ostrij glaubt, die Affektion sei zu ausgebreitet. Nach seiner Meinung tritt an den affizierten Stellen Nekrose ein und Resorption.

Prof. Hay führt einige in Petersburg beobachtete Fälle an und äuſsert, er habe niemals Nekrose, sondern nur Entzündungserscheinungen gesehen: Röte, Exsudation, nach Abfallen der Borken, Abblassen der geröteten Partieen.

Prof. Pospeloff hält gerade diesen Fall für geeignet, da die Diagnose über allen Zweifel erhaben sei. Mikroskopisch sind Tuberkelbacillen nachgewiesen worden.

Auch Prof. Tarnowsky hält die Annahme Dr. Ostrijs für verfrüht. Bei 8 von ihm gesehenen Kranken habe er auch nur Entzündungserscheinungen, aber keine Nekrose beobachtet.

Dr. Fiweisky. **Über Leukoderma syphiliticum.** Vortragender hat das Material des Mäsnitzky-Hospitals in Moskau für Prostituierte für die letzten 5 Jahre bearbeitet. Er kommt zu folgenden Resultaten. 1. Das Leukod. syph. ist eine Erscheinung der kondylomatösen Periode, lokalisiert sich hauptsächlich auf dem Halse, kommt aber auch an anderen Stellen vor. Das Gesicht, die behaarte Kopfhaut, die inneren Flächen der Brustdrüsen, Vorderarme und Hände, Unterschenkel und Füſse werden nicht ergriffen. 2. In so charakteristischer Weise wird das Leukoderma nur bei Syphilitikern beobachtet. 3. Bisweilen wird das Leukoderma auch neben gummösen Erscheinungen beobachtet. 4. Bei Weibern der kondylomatösen Periode wird das Leukoderma in 45—49 %, bei Männern in 28 % aller Fälle gefunden. Dagegen sind die ausgebreiteten Formen des Leukoderma bei Männern häufiger als bei Weibern, wie $^1/_2 : {}^1/_5$. 5. Das Leukoderma entwickelt sich in $^3/_5$ aller Fälle im dritten Monat, in $^1/_5$ im vierten Monat, in $^1/_5$ im sechsten und in $^1/_5$ in der zweiten Hälfte des Jahres nach Auftreten der Krankheit. 6. Das Leukoderma besteht 1—7 Jahre, und sein Verschwinden beobachtet man in einer fast gleichen Anzahl von Fällen im 2.—3.—4.—5. Jahre der Erkrankung. 7. Hg und J. haben keinen merklichen Einfluſs auf den Verlauf des Leukoderma; dagegen hat das Hg einen wesentlichen Einfluſs auf die Entwickelung desselben. Es tritt nur in den Fällen auf, in denen von vornherein entweder gar keine oder eine mangelhafte Hg-Therapie statt-

gefunden hatte. Bei genügender Einverleibung von Hg erreicht diese Affektion nie größere Ausdehnung. 8. Bei spätem Auftreten ist das Leukoderma gewöhnlich schwach ausgeprägt. 9. Es tritt in 3 Typen auf: marmorartig, fleckig und spitzenförmig gemustert.

Es werden 12 Patientinnen mit verschiedenen Formen vorgeführt.

Prof. Tarnowsky wirft die Wichtigkeit der Frage auf, ob vorher Aborte vorangegangen oder nicht.

Prof. Hay hat einen Fall von Leukoderma auf den Dorsalflächen der Finger gesehen, 4 Jahre post infectionem.

Prof. Pospeloff hält das Leukoderma bei der Diagnose für wichtiger als die Lymphdrüsenschwellungen.

Dr. Lonz. **Zur Therapie der Urethritis anterior.** Vortragender bespricht die Frage, ob bei Injektionen mit den gewöhnlichen Tripperspritzen die Flüssigkeit bis hinter den Bulbus dringt oder nicht. Er ist der Ansicht, dafs dies wohl geschieht, aus folgenden Gründen: 1. Bei genauer Befragung der Patienten erfährt man, dafs nicht die ganze Masse der eingespritzten Flüssigkeit zurückkommt, zuweilen nur einige Tropfen; also bleibt ein Teil derselben in der Pars bulbosa, oder gelangt in die Blase, daher der häufigere Harndrang. 2. hat Vortr. auf endoskopischem Wege die Thatsache erhärtet, dafs Flüssigkeit bis in die Pars prostatica gelangt (Bismuthemulsion). Je gröfser die Menge und je länger sie in der Harnröhre zurückgehalten wird, um so leichter dringt sie bis in die tiefsten Teile derselben ein. Zwar in den meisten Fällen gelangt die Flüssigkeit nur bis zur Pars bulbosa, gelangt sie aber weiter, dann bildet sie das Mittel zur Übertragung der Infektion auf die hinteren Teile; es entsteht an der Urethritis anterior eine posterior. Auch durch vorheriges Entleeren der Blase wird keine genügende völlige Reinigung des Kanals von dem in ihm befindlichen Infektionsmaterial bewerkstelligt. Vortr. führt einen Fall von Zölkau an: einen Tag nach Einspritzung einer Ricordschen Emulsion entwickelte sich eine typische akute Urethritis posterior. Übrigens ist die Inkubationsdauer nicht immer eine so kurze; bisweilen erstreckt sie sich auf 3—5 Tage, jedenfalls ist die Möglichkeit einer derartigen Infektion der hinteren Partieen durch Injektionen ohne jeden Zweifel vorhanden. Um dem vorzubeugen, empfiehlt Vortr. Injektionen von nur 4—8 grm, wobei die Pars pendula in der Mitte mit dem Finger komprimiert wird, oder aber mufs der Flüssigkeit während der Injektion ein freier Abzug gesichert sein.

Prof. Tarnowsky erwidert Folgendes: Um bei den Injektionen die Flüssigkeit bis in die tiefen Teile gelangen zu lassen, mufs der Kranke Rückenlage einnehmen und im Moment der Injektion eine tiefe Inspiration machen. Im übrigen sei er auch der Ansicht, dafs die Injektionsflüssigkeit bis hinter die Pars bulbosa dringen könne. In praktischer Hinsicht müsse man verhüten, durch die Injektion einen entzündlichen Reiz zu setzen, daher im Beginne der Infektion keine stark wirkende Mittel brauchen. Bei milden, einhüllenden Mitteln z. B. werde man nie Entzündung der hinteren Teile der Urethra beobachten. Was schliefslich die Inkubation anbetrifft, wird eine solche der Urethritis abgesprochen.

Dr. Lonz ist mit dem Vorredner betreffs der Inkubationszeit nicht einverstanden. Im Auslande würde eine solche von den meisten neueren Autoren angenommen. Jeder Arzt erlebe Fälle, in denen die Erscheinungen erst einige Tage nach der Infektion zu Tage treten; das müsse auf eine Inkubationszeit bezogen werden.

Dr. Petersen ist der Ansicht, dafs die Urethritis womöglich gerade vom ersten Tage an behandelt werden müsse, leider kommen die Kranken gewöhnlich am 8. bis 12. Tage, wenn sie schon Gelegenheit gehabt haben, sich selbst zu behandeln.

Krouy-Hängerburg b. Narwa.

Société de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 12. März 1891.

(*Annal. de derm. et de syph.* 1891. pag. 218.)

Hallopeau berichtet über einen **Todesfall** und einen Fall von schwerer **Ophthalmie nach Kochschen Einspritzungen.**

Castel stellte einen Kranken vor, dessen **linke Hand hypertrophiert** ist; am Gelenk schliefst die Hypertrophie mit einem Wulst ab. Der Daumen ist gar nicht, der Ringfinger am meisten hypertrophiert. Neben der Haut sind auch die Metakarpal- und Phalangealknochen an der Volumszunahme beteiligt. — Hardy hält den Fall für Elephantiasis. — Besnier dagegen möchte an Akromegalie denken. — Vidal bestreitet, dafs auch die Knochen hypertrophisch seien; es liege ein Fall von echter Pachydermie vor. — Thibierge: Der Fall gehöre zu der kongenitalen, teilweisen Hypertrophie der Extremitäten, Megalodaktylie.

Feulard stellt einen Patienten mit **je einem harten Schanker am rechten und linken Arm** vor. Der Mann hatte sich vorher im Krankenhaus an Scabies behandeln lassen; sicher ist, dafs er sich während dieser Zeit infizierte.

Hallopeau und Claisse stellen einen Fall **Keratodermia palmaris und plantaris** der Schweifsdrüsenöffnungen vor.

Ozenne berichtet über **Periostitis Tibiae** und **Synovytis tendinosa** der Fufsstrecken, beide gonorrhoischen Ursprungs.

Burlureaux zeigt einen Apparat, mittelst dessen er täglich ohne weitere Belästigung für das Individuum bis zu 200 g **Kreosotöl** (= 13 g Kreosot) in das **Unterhautzellgewebe einspritzen** kann, ein Verfahren, das sich namentlich bei tuberkulösen Drüsenschwellungen bewährt.

E. Besnier verliest einen Bericht von Petrini (Galatz) über **Hydrargyria bullosa** nach äufserer oder innerer Quecksilberanwendung bei einer 22jährigen Frau.

Türkheim-Hamburg.

Verschiedenes.

Das Resorcin gegen Leichengift, von Dr. J. Anderr in München. (*Virchows Archiv.* Bd. 122.) Verf. hat mit dem Resorcin bei einem verzweifelten Fall von Intoxikation mit Leichengift einen glänzenden Erfolg erzielt und empfiehlt solches überall da, wo man mit Leichenalkaloiden zu thun hat, die er, wie das Toxalbumin, Cadaverin u. a. als Nekrotoxine bezeichnet. Auch bei Bifs und Stich giftiger Tiere hat sich das Resorcin in einzelnen Fällen gut bewährt. *L. Hoffmann-Berlin.*

Das Quecksilber in den Quellen von Saint-Nectaire-Le-Haut (Puy-De-Dôme), von H. Cathelineau (Paris). (*Annal. de derm. et de syph.* 1891. pag. 123.) Im Jahre 1876 hatte Garrigou zu Toulouse in den genannten Quellen angeblich Quecksilber gefunden. Mehrfache Untersuchungen, die daraufhin von Lefort angestellt wurden, führten zu einem negativen Ergebnis. — Cathelineau hat nun diese Untersuchungen wieder aufgenommen, gelangt aber ebenfalls zu dem Schlufs, dafs in den genannten Quellen kein Quecksilber vorhanden sei.

Türkheim-Hamburg.

Die Prostitution vor der Wissenschaft und den Thatsachen von Moeller, (*Journ. des mal. cut. et syph.* Bd. II. S. 297.) Indem der Verf. die moderne Einrichtung

der staatlich geregelten Prostitution einer strengen und sachlichen Kritik unterzieht, kommt er zu dem Schlufs, mit dem er uns freilich nichts Neues lehrt, dafs jene Einrichtung keineswegs eine sichere Gewähr gegen syphilitische Ansteckung gewährt. Wenn er aber weiter folgert, dafs durch dieselbe der Syphilis-Verbreitung sogar Vorschub geleistet werde, indem einesteils das Publikum in eine trügerische Sicherheit gelullt werde, während andrerseits den Freudenmädchen eine Stellung zugewiesen sei, vermöge deren sie die Krankheit am ehesten erwerben und übertragen könnten — so wird er doch wohl auf vielfachen Widerspruch stofsen. — Inwieweit seine Angriffe auf die Statistiken, die bislang immer noch zu Gunsten der staatlich überwachten Prostitution gedeutet wurden, zutreffende sind, wagt Referent nicht zu entscheiden. Die Behauptung aber, dafs von allen Seiten sich ärztliche Stimmen gegen die staatliche Regelung der Prostitution erheben, wird durch zu wenig bekannte Namen gestützt.

Und was will Verf. nun an Stelle jener „Mesures aussi odieuses et aussi vexatoires" gesetzt wissen? Erstens einen Gesetzesparagraphen, dafs jeder mit Strafe bedroht werde, der fahrlässig eine Krankheit auf einen andern überträgt. Zweitens sollten alle prostitutionsverdächtigen Individuen, wenn sie wegen irgend eines Vergehens ins Gefängnis kämen, körperlich untersucht und nötigenfalls behandelt werden. Drittens endlich empfiehlt M. als das zuverlässigste prophylaktische Mittel — die Keuschheit! Ja, wenn man die Welt in Simultanklöster für Herren und Damen verwandeln könnte oder verwandeln möchte! *Türkheim-Hamburg.*

Über eine wenig bekannte Ursache der Stomatitis mercurialis, von L. Le Pileur. (*Journ. des mal. cut. et syph.* Bd. II. S. 217.) Aufser den bekannten Vorgängen im Mund und im Gesamtorganismus, die zur Vorsicht beim Gebrauch des Hg mahnen, gibt es nach Le Pileur noch eine Form von primärer Gingivitis, die bei einer Merkurialbehandlung arge Verlegenheiten bereiten kann. Diese Gingivitis erkennt man an einem kleinen Wulst und einem roten Saum am freien Rand der Schneidezähne. Sie tritt dann auf, wenn der Kiefer zur Aufnahme der Zähne zu klein ist; es kommt dann leicht zu einer Entzündung der Alveolen, die sich unmittelbar dem freien Zahnfleischrand mitteilt. — In dem von Le Pileur beobachteten Falle genügte (!) die Entfernung zweier Zähne (!), um alles in Ordnung zu bringen.

Türkheim-Hamburg.

Aus dem **Jahresbericht des poliklinischen Instituts der k. k. deutschen Universität zu Prag für 1889** interessiert uns vor allem der von Winternitz verfafste Bericht über die zur Behandlung gekommenen Fälle von Haut- und venerischen Krankheiten. Bei der Urethritis ist zu erwähnen, dafs viel Gewicht auf die Zweigläserprobe zur Stellung der Diagnose gelegt wird. Die luetischen Primäraffekte erhielten aufser der lokalen Behandlung wöchentlich 0,05 Hydrarg. salicyl. intramuskulär. Die luetische Allgemeinbehandlung bestand teils in Inunktionen, teils in 5—6tägigen Injektionen einer 7 % Hg salicyl-Suspension, deren Wirksamkeit Winternitz der der Inunktionen gleich achtet. Erwähnt zu werden verdient eine Familieninfektion vom Vater ausgehend, welche die Mutter, zwei Kinder, deren Grofsmutter und ein hereditär erkrankt geborenes Kind betraf. In drei Fällen hiervon safs der Primäraffekt extragenital. Als Gangraen wird die Erkrankung eines sehr kachektischen Kindes geführt, das raschen und ausgedehnten Zerfall multipler Hautinfiltrate darbot und einer fieberhaften Bronchitis und Enteritis erlag. Unter den kasuistischen Mitteilungen wird ausführlich beschrieben ein Fall von Pemphigus der Schleimhaut des Mundes und Rachens, ohne Miterkrankung der äufsern Haut, der mit heftigen Neuralgien verlief und durch die Therapie nicht beeinflufst wurde. *Hahn-Bremen.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XII. No. 11. 1. Juni 1891.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Eine neue Färbemethode für Lepra- und Tuberkelbazillen

von

P. G. Unna.

Seit den ersten Arbeiten von Koch über die isolierte Darstellung von Bakterien ist immer der Wunsch rege gewesen, die Mikroorganismen innerhalb der Gewebe unter anderem auch dunkelbraun zu färben, zunächst nur um ihre photographische Aufnahme zu erleichtern, sodann aber auch häufig, um einen wirksamen Farbenkontrast gegen blau und rot gefärbtes Gewebe zu erhalten. Speziell die Lepra- und Tuberkelbazillen erwiesen sich solchen Bemühungen gegenüber refraktär, wie denn ja bei der ersten Kochschen Färbemethode der Tuberkelbazillen diese das Methylenblau gegenüber dem Vesuvin festhalten. Es gelang mir allerdings schon vor vielen Jahren, Leprabazillen mittelst basischer Azofarbstoffe braun zu färben, indem ich die in Fuchsin gefärbten Schnitte einfach durch prolongierten Aufenthalt in Vesuvin, Chrysoidin umfärbte. Aber es war hierin kein Fortschritt gegeben, da das Gewebe dann allerdings gut nüanziert, aber doch ebenfalls braun mitgefärbt wurde.

Lustgarten und ich fanden ferner, dafs Fuchsinpräparate in unterchlorigsaurem Natron eine gelbbraune Farbe bleibend annahmen. Aber diese Doppelsalzverbindung entsteht nur im tierischen Gewebe, während gerade die Bazillen das umfärbende Salz an die Lösungsmittel wieder abgeben und rot auf braunem Grunde erscheinen.

Ich fand nun im vorigen Jahre, bei Gelegenheit meiner Versuche, das Protoplasma durch schwächere Entfärbungsmittel darzustellen, dafs jodierte Methylenblauschnitte von Lepragewebe in Kreosol eine schöne Doppelfärbung annehmen, indem das tierische Gewebe stark entfärbt wird, aber die blaue Farbe behält, während die Leprabazillen in der Form des Kokkothrix sich braunrot bis mahagonibraun umfärben. Die zunächst schwarzbraune Farbe deutet darauf hin, dafs neben ungebundenem Jod noch blaues Jodmethylenblau in den Bazillen vorhanden ist. Je mehr durch die weitergehende Entfärbung dieses letztere ausgewaschen

wird, eine um so reinere Jodfarbe nehmen die Bazillen an. Schliefslich gelingt es unschwer, die Organismen in leuchtendem Braunrot gefärbt zu erhalten.

Wenn ich hier von ungebundenem Jod rede, so will ich damit nur den Gegensatz zu dem an Methylenblau gebundenen Jod andeuten, welches noch tiefer blau ist als Methylenblau selbst und welches überall, in tierischem und pflanzlichem Gewebe, entsteht, sowie der methylenblaue Schnitt mit Jod in Berührung kommt. Es besteht dann überall die Tripelverbindung: Gewebe+Jod+Methylenblau. In diese greift das Lösungsmittel nun dergestalt ein, dafs im tierischen Gewebe das letztere von dem Jodmethylenblau langsam getrennt wird, wobei es stets blau bleibt, während in den Mikroorganismen nur das Methylenblau abgespalten wird und das Gewebe jodiert zurückbleibt. Das Jod ist mithin fest und genau an die Bazillen gebunden, die dadurch etwa die Farbe von Jodkrystallen aufweisen. Es ist in ihnen stark aufgespeichert vorhanden, denn durch die stärksten direkten Jodfärbungen der Schnitte erhält man sie (abgesehen von der dann mangelnden Selektion) bei der Aufhellung nicht so intensiv braun gefärbt. Es liegt hier aber auch nicht eine nur mechanische Aufspeicherung vor, denn die Jodbazillen geben ihre Farbe nun an Alkohol und eine grofse Reihe jodlösender Mittel nicht ab, während die direkt mit Jod gefärbten Schnitte, die Bazillen einbegriffen, an alle Lösungsmittel das Jod sehr rasch und vollkommen abgeben.

Es gelingt auch keineswegs, vom Gewebe befreite Leprabazillen durch Jod direkt und dauerhaft zu färben; eine wirkliche, d. h. chemische Verbindung zwischen Jod und Leprabazillen scheint bisher allein auf dem indirekten Wege der Umfärbung erzielt werden zu können. Auch ist mir dieses bisher nur mittelst des Methylenblaues gelungen, welches eben keine sehr starke Verwandtschaft zum Jod besitzt. Die Pararosaniline speziell halten das Jod auch in den Bazillen zu fest; sie lassen sich nur mit dem Jod zusammen entfärben.

Man sieht, dafs hier eigentlich ein neues Prinzip der Färbung vorliegt, welches alleine schon theoretisch nach zwei Richtungen unser Interesse verdient:

Zunächst liefert es wohl das erste Beispiel einer auf die Bakterien beschränkten, speziellen Umfärbung. Selbst die neuerdings als Beizen angewandten Dinten gehören nicht in dieselbe Kategorie, da das Eisensalz im Körper des Mikroorganismus bleibt, während das Methylenblau hier vom Jod geradezu abgelöst wird.

Sodann ist die reine Jodfärbung, welche in der Pflanzenhistologie eine so grofse Rolle spielt, in der tierischen bisher nur zum Nachweise des Amyloids und Glykogens herangezogen worden. Ist jedoch die Möglichkeit, wie es sich jetzt zeigt, gegeben, es auf indirektem Wege an

Substanzen zu binden, mit welchen es sich direkt nicht verbinden läfst, so eröffnet sich die Perspektive einer viel ausgedehnteren Anwendung dieses wichtigen Elements in der animalen Histologie.

Wir sind nicht sehr reich an Färbemethoden zum Nachweise der Mikroorganismen. So lange uns für die wichtigsten, für die akuten Exantheme z. B., noch jede Methode fehlt, wird man kein neues Prinzip der Färbung achtlos bei Seite lassen dürfen. Aus diesem Grunde besonders habe ich mich zur Mitteilung meines Fundes entschlossen. Denn die praktische Bedeutung dieser Färbung ist bisher noch gering, wenn auch allerdings die photographische Aufnahme der Leprabazillen und, wie ich noch zeigen werde, vieler anderer Elemente durch dieselbe erleichtert, resp. verbessert wird.

Die besten Aufnahmen von Leprabazillen liefsen sich bisher an recht dünnen Schnitten machen, die sehr stark mit Karbolfuchsin gefärbt und maximal entfärbt waren. Durch eine vorhergehende Dintenbeize konnte die Tiefe der Farbe und damit die Klarheit des Bildes noch verstärkt werden. Aber die dabei entstehenden Formen der Bazillen geben über den feineren Bau derselben nur unvollkommenen Aufschlufs. Darin stehen die Jodbilder des Organismus, die sich ebensogut zur Photographie eignen, den Fuchsinbildern weit voran.

Die Methode gilt, was vorauszusehen war, auch für den Tuberkelbazillus, wie ich mich an Schnitt- und Sputumpräparaten zu verschiedenen Malen überzeugt habe. Es fehlt mir jedoch in Bezug auf praktische Verwendbarkeit die Erfahrung. Die folgenden technischen Angaben beziehen sich also, wie ich — um Irrtümer zu vermeiden — nochmals betone, nur auf Schnitte von leprösen Organen.

Zunächst erfordert die Methylenblaufärbung gewisse Kautelen. Man benutzt am besten alkalische Flotten, aber wiederum nicht stark alkalisierte, weil dann der Farbstoff im Gewebe das Jod zu fest hält. Am besten hat sich mir Borax (1%)- Methylenblau bewährt, in zweiter Linie durch kohlensaures Ammoniak (1%) alkalisiertes M-Blau. Weniger gut eignet sich ein solches mit kohlensaurem Kali und noch weniger mit freiem Kali oder mit Spir. sapon. kalin. hergestellten Lösungen, es müfste denn der Kalizusatz ein äufserst geringer sein. Die zur Protoplasmafärbung so gut dienende stark kalihaltige Lösung ($^1/_{2000}$ KaOH) ist hierfür ganz unbrauchbar.

Sodann ist es durchaus nicht gleichgültig, auf welche Weise man jodiert. Meine gewöhnliche Jodierungsmethode ($JKa + H_2O_2$) ist deswegen unpraktisch, weil das nebenbei fortwährend entstehende freie Alkali das auf den Schnitt schon fixierte Jod immer wieder löslich macht und dadurch die Präparate bei der nachfolgenden Behandlung zu jodschwach werden. Die gebräuchlichen Lugolschen Lösungen vermeidet man besser

der leicht eintretenden, unliebsamen Präzipitate wegen. Dagegen entspricht allen Anforderungen an eine rasche, intensive Jodierung, die nicht über das Ziel hinausschiefst, eine Lösung, welche man einfach dadurch bereitet, dafs man in ein Schälchen 5%iger Jodkaliumlösung einen Jodkrystall hineinlegt. Derselbe gibt fortwährend Jod an die Lösung, in der die Schnitte liegen ab, in dem Mafse als diese das Jod für sich in Anspruch nehmen. So kann man lange Zeit mit derselben Flüssigkeit, die immer frisches Jod enthält, arbeiten. Oder man versetzt die Mischung von JKa und H_2O_2 mit Eisessig. Es findet dann eine langsamere Entwicklung des Jodes statt ohne Aufbrausen von freiem O und ohne die hier schädliche Nebenwirkung des freien Alkalis.

Die Differenzierung der jodierten Schnitte im Kreosol geht sehr rasch vor sich, aber die Schnitte sehen zuerst wegen lose anhaftenden M-Blaues noch bläulich aus. Es bedarf mithin, teils um die bereits erreichte Entfärbungsstufe zu erkennen, teils um dieselbe dauernd zu fixieren, einer aufhellenden Flüssigkeit, welche M-Blau wohl, nicht aber das Jod gut löst, sondern das letztere von sich abweist. Ältere Beobachtungen über das Verhalten von Tinct. jodi gegen verschiedene ätherische Öle hatten mich bereits im Terpentinöl ein solches Öl kennen gelehrt. Die Schnitte kommen daher aus dem Kreosol direkt in rektifiziertes Terpentinöl, in welchem die bläuliche Farbe sofort in Rot oder Braun umschlägt. Sie können sodann in Balsam montiert werden, wozu ich mich, um das flüchtige Jod möglichst fest zu halten, einer Lösung von Kolophonium in Terpentinöl bediene.

Der ganze Gang, um Leprabazillen in der Kokkothrixform auf farblosem Hintergrunde braunrot zu färben, ist hiernach folgender:

1. Färbung in wässriger Boraxmethylenblaulösung (1 : 1 : 100) 5 Minuten.
2. Abspülen der Schnitte in Wasser.
3. Jodierung in einem Schälchen 5%iger JKa-lösung mit Zusatz eines Jodkrystalles: 5 Minuten.
4. Abspülen in absol. Alkohol bis zur Abgabe einer blauen Wolke.
5. Differenzierung in Kreosol, je nach der Stärke der Färbung einige Sekunden bis $^1/_2$ Minute.
6. Fixierung in rektifiz. Terpentinöl.
7. Montierung in Balsam.

Es lag nun der Gedanke sehr nahe, diese „Jodablösung des Methylenblaues“ auf alle möglichen Methylenblaufärbungen auszudehnen, bei welchen der Ersatz der braunen Farbe von Vorteil sein konnte. Auch diese Erweiterung des neuen Prinzips von den Lepra (Tuberkel)-Bazillen auf methylenblaugefärbte Elemente ganz im allgemeinen ist mir in letzter Zeit gelungen.

Das Kreosol kann man dazu allerdings nicht benutzen, da es das Jodmethylenblau aus den meisten Geweben, mit Ausnahme eben der gedachten Bazillen entfernt. Nur einige Substanzen wie Keratin, Fibrin teilen deren Sonderstellung. So liegen mir zur Zeit sehr hübsch gefärbte Herxheimersche (fibrinöse) Spiralen aus einer Vaccinehaut vor, die auf farblosem Grunde durch Jod braun gefärbt und weit feiner nüanziert sind, als sie sonst bei der Gentianaviolettfärbung zutage treten. Man sieht auf den ersten Blick ihre Auflösung und ihren Übergang in braungefärbte Fibrinkörner.

Für die meisten Gewebe: Nuklein, Protoplasma, Kollagen habe ich dagegen in der Essigsäure ein ebenso gutes wie einfaches Differenzierungsmittel der jodierten Schnitte gefunden. Sie löst das Methylenblau rasch aus der Verbindung und greift das Jod selbst garnicht an, d. h. noch weniger als Kreosol. Besonders in einer Mischung von etwa gleichen Teilen Eisessig, Alkohol und Äther werden die Schnitte leicht von ihrem M-Blau befreit, ohne dafs vom Jod etwas ausgezogen würde. Die ersten Schritte in dieser zweiten allgemeineren Jodablösungsmethode sind dieselben wie in der speziell für Leprabazillen dienenden.

1. Färbung in wässriger Lösung von Borax-Methylenblau (1 : 1 : 100) 5 Minuten.
2. Abspülung in Wasser.
3. Jodierung in 5%iger JKa-Lösung mit Zusatz von einem Jodkrystall; 5 Minuten.
4. Abspülung in absolutem Alkohol.
5. Differenzierung in einer Mischung von gleichen Teilen Eisessig, Alkohol abs. und Äther im Schälchen bis zur gewünschten Helligkeit, etwa 10—60 Sekunden.
6. Härten und Glätten der erweichten Schnitte durch Eintauchen in absol. Alkohol.
7. Fixierung der Jodierung in rektif. Terpentinöl.
8. Montierung in Kolophonium-Terpentinölbalsam.

Die Methode der Methylenblau-Jod-Ablösung ist offenbar noch vielerlei wertvoller Modifikationen fähig. So habe ich unter anderem gefunden, dafs, wenn man die Entfärbung in der Essigmischung auch fortfäfst und die Schnitte lediglich in Alkohol absolutus, also unvollkommen, entfärbt und dann sofort in Terpentinöl bringt, eine vorzügliche positive, blaue Färbung der gesamten Lymphkapillaren der Haut erhalten wird, ähnlich wie sie sonst Imprägnationen mit Silber- oder Goldsalzen liefern. Die Darstellung ist aber vollständiger und erstreckt sich auf die Lymphräume der gesamten Oberhaut. Die Stachelkonturen der Epithelien treten äufserst scharf blau hervor, ebenso die Umrahmungen aller Bindegewebszellen. Die Kernkörperchen und Kerne der Leukozyten zeigen Jodfarbe,

Teile der anderen Kerne sind dunkelblau gefärbt, das Kollagen schwach blau, das Protoplasma aber ist ganz entfärbt und stellt Lücken innerhalb der blauen lymphatischen Linien dar. Dieses sehr ungewöhnliche Bild ist also das richtige Negativ zu der neulich von mir mitgeteilten Protoplasmafärbung. Die dazu führende Färbung ist einfach die folgende:

1. Färbung in Boraxmethylenblau (1 : 1 : 10) 5 Minuten.
2. Abspülen in Wasser.
3. Jodierung in einer 5%igen Lösung von Kal. jodat, die einen J-Krystall enthält, 5 Minuten.
4. Entfärbung in Alkohol absolutus bis der Schnitt an einigen Stellen farblos wird.
5. Fixierung in rekt. Terpentinöl.
6. Montierung in Terpentinbalsam.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Über die Entstehung der Atheromcysten (Epidermoide Franke) nebst einigen Bemerkungen über Follikularcysten und Doppelkomedonen.

Von

Dr. Ludwig Török.

Mit einer lithographischen Doppeltafel.

(Schluſs.)

Überblicken wir nun kurz die durch die histologische Untersuchung gelieferten wichtigeren Ergebnisse. Von neun, von dem behaarten Kopfe und zwei, aus der Nackengegend stammenden Atheromen besitzen Ib, und e, IIa und b III, IV, V, zusammen also sieben Cysten, deutliche Papillen, beziehungsweise Leisten in gröſserer Menge, bei VII sind die wohlentwickelten Papillen in geringer Zahl vorhanden, bei VI nur schwach angedeutet (vielleicht, weil dieselben infolge des im letzten Jahre rascheren Wachstums) ausgezogen wurden, bei Ig nur durch leichte Einkerbungen der äuſseren Begrenzungslinie des Epithellagers bezeichnet, bei VIII fehlen sie vollständig. Fetthaltige Zellen wurden nur einmal, in Ig gefunden. Von den von der Wange stammenden Atheromen waren bei Id nur Andeutungen von kurzen und einzelne lange, deutliche Papillen vorhanden, bei X war der Papillarkörper nicht nachweisbar. Einzelne fettglänzende

Tröpfchen in Fall X färbten sich mit Safranin rot und waren vermutlich nichts anderes als Eleïdin. In einem, von der Stirne (IX) und einem anderen von dem Bauche (XIII) stammenden Atherome war neben dem Papillarkörper je ein Haar nachweisbar. IX enthielt auch gröfsere Mengen von Fett, was nur auf das Vorhandensein eines in den untersuchten Schnitten nicht vorgefundenen Talgfollikels zurückgeführt werden kann. Die Atherome XI vom Halse und XII vom Manubrium sterni enthielten kein Fett; beide waren mit einem wohlentwickelten Papillarkörper, resp. mit Leistensystemen versehen. Von den Atheromen, deren Sitz mir unbekannt geblieben war, stammt XIV von einem Falle von multiplen Atheromen. Dasselbe enthielt einem niedrigen Papillarkörper und flach gedrückte Talgfollikel. Ia, c und f waren mit Papillen versehen. Pigment in der untersten Epithelschicht und zum Teile auch im bindegewebigen Balge wurde in Ia, If, III, X, XII, Hornperlen in der Stachelschicht bei Ic, Ig, III, XII und XIII vorgefunden. Die untersuchten Atherome hatten mit Ausnahme von Ic und XIII, welche mit je einer Mündung versehene kutane Atherome waren, ihren Sitz in der Subkutis.

Von den übrigen Cysten wurde XV trotz seines einfachen Baues sogleich in die Gruppe der Dermoidcysten gestellt, weil es sich in einer Region entwickelte, in welcher Follikel de norma nicht vorkommen, seine Entstehung aus verlagerten Keimen also nicht anzuzweifeln war. Diese Entstehung war auch früher schon immer angenommen worden und diese Cystenformen wurden zu den Dermoiden gestellt. Wir werden später sehen, weshalb wir dem Beispiele Frankes nicht folgen konnten, welcher diese Cysten mit den gewöhnlichen Atheromen in eine Gruppe stellt und die er unter dem Namen Epidermoide von den Dermoiden abscheidet. Fall XVI unterscheidet sich dadurch von XVII, XVIII, XIX und von den gewöhnlichen Formen der Hautdermoide, dafs es mit einer Mündung versehen ist und intrakutan sitzt.

Ich kann also, nebst anderen histologischen Details, welche bei der Beschreibung der einzelnen Atherome nachzulesen sind und uns bei der Entscheidung der uns beschäftigenden Frage weniger interessieren, die Befunde Frankes von dem Vorhandensein von Papillen in den meisten Atheromen vollkommen bestätigen und mit ihm für diese Fälle die Retentionstheorie vollkommen zurückweisen. Wir haben gesehen, dafs die Papillen nur in zwei Fällen fehlten (VIII und X). Bei beiden wies nichts darauf hin, dafs dieselben als Retentionscysten aufzufassen wären Die wenigen, fettig glänzenden Tröpfchen des Atheroms X färbten sich intensiv mit Safranin und waren vermutlich Eleïdin[7]. Das Vorhandensein der Papillen in den übrigen Atheromen ermöglicht uns eine richtige

[7] Ich verstehe hier das flüssige, ölartige Eleïdin von Ranvier-Buzzi.

Beurteilung derselben, d. h. eine Zurückweisung der Retentionstheorie selbst in Fällen, wenn, wie bei IX, XIII und XIV, Haar- oder Talgfollikel vorhanden waren, oder wie in Ig, das Vorhandensein eines Talgfollikels durch die im Inhalt vorgefundenen, träubchenförmigen Fettzellen wahrscheinlich gemacht wird und daher der Gedanke nahe liegt, die betreffenden Cysten aus den Follikeln durch Retention ihres Inhaltes abzuleiten. Wir können eben nicht annehmen, dafs sich ein Papillarkörper, oder Leistensysteme von der Ausdehnung und Regelmäfsigkeit, wie sie sich an den Atheromen so oft finden, an den erweiterten Ausführungsgängen der Follikel hätten ausbilden können[8].

Das Vorhandensein der Papillen ist also für die Entscheidung unserer Frage von der gröfsten Bedeutung gewesen, da sich dieses Kriterium auf, dem anatomo-topographischen Sitze, dem Sitze in der Haut und dem Baue nach verschiedene, Atherome anwenden liefs.

Als weiteres Argument gegen die Retentionstheorie führe ich den auch schon von Franke erwähnten Umstand an (s. weiter unten), dafs die meisten Atherome sich in der Subkutis, unabhängig von Talg- und Haarfollikeln entwickeln. In dieser Beziehung bilden auch die mit Follikeln versehenen Cysten Ig, IX und XIV keine Ausnahme[9]. Es war mit Rücksicht auf den letzterwähnten Umstand für uns von grofsem Interesse zu sehen, dafs die kleine Nebencyste aus Ib, ebenso wie die in die grofse Cyste mündende aus Fall XIII keine Anhaltspunkte für ihre Ableitung aus Haar- oder Talgfollikeln lieferte.

Es mufs des weiteren auch auf den Inhalt der Atherome geachtet werden. Wie wir gesehen haben besteht derselbe in seiner Hauptmasse aus Hornzellen, Cholesterinkrystallen und dem Detritus der beiden. Häufig sind noch Kalkmassen, manchmal auch etwas Blutpigment beigemischt. Fett fand ich nur ausnahmsweise[10]. Man kann demnach den Inhalt der Atherome nicht mit dem Hauttalge identisch erklären. Aus dem eben erwähnten Befunde allein liefse sich jedoch nichts gegen die Annahme der Entstehung der Atherome aus Talgdrüsen durch Retention des Sekretes einwenden, da ja doch auch bei anderen, als einfache Retentionsprozesse gedeuteten Affektionen, hauptsächlich Hornmassen den Inhalt der erweiterten Follikel bilden (Komedo, Doppelkomedo, mehrfacher Komedo). Es fällt

[8] Da die Follikel selbst noch als Anhängsel einzelner Cysten gefunden werden, könnten die Atherome doch nur von den Ausführungsgängen abgeleitet werden.

[9] Dafs auch die Cyste XIII infolge des Vorhandenseins eines Papillarkörpers nicht als durch Retention entstanden aufgefafst werden kann, obwohl sie mit einer Mündung versehen ist, ist soeben ausgeführt worden. Wir werden später an einem anderen Beispiele noch deutlicher sehen, dafs aus dem Befunde eines Ausführungsganges allein auf die Entstehungsweise durch Retention zu schliefsen, vollkommen irrthümlich ist.

[10] Zu ähnlichen Resultaten über den Inhalt der Atherome kam auch Wernher. In den von ihm untersuchten Cysten war überhaupt kein Fett zu finden.

aber damit jedenfalls ein Argument der Retentionstheorie, welche sich auch auf die Identität des Atherombreies mit dem Hauttalge stützte.

Franke kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schlusse, dafs, wenn auch die Atherome und Dermoide sehr verwandte Gebilde sind, doch aufser der Verschiedenheit des Baues noch ein weiterer so belangvoller Unterschied bestehe, dafs man sie voneinander abscheiden mufs. Es ist dies die Verschiedenheit des Sitzes; die Dermoide der Haut kommen nämlich, im Gegensatze zu den Atheromen, nur an bestimmten Prädilektionsstellen vor. Franke glaubt deshalb, dafs die Atherome und Dermoide in verschiedener Weise entstehen. Er nimmt für die subkutanen Atherome an, dafs dieselben aus embryonalen, epithelialen Keimen entstehen, welche in Form der normalen Epithelialfortsätze in die Cutis und dann in die Subcutis hineinwucherten und sich von der Oberfläche losgeschnürt haben. Für die komplizierter gebauten Dermoidcysten hingegen ist eine Einstülpung der ganzen „Epidermis" erforderlich, welche nur an ganz besonderen Stellen vor sich gehen kann.

Ich glaube zwischen den Atheromen und Dermoidcysten ein viel engeres Verhältnis annehmen zu müssen. Die Atherome sind, meinem Dafürhalten nach, nichts anderes, als einfacher gebaute Dermoidcysten[11]. Dies soll nun des eingehenderen ausgeführt werden.

Man hat die Dermoide der Haut strenge von den Atheromen geschieden und genaue Differenzen zwischen den beiden bestimmt[12]. Erstere sollen sich, im Gegensatze zu den Atheromen, entweder in Regionen entwickeln, wo keine Haar- und Talgfollikel vorkommen, oder sie sollen einen komplizierteren Bau besitzen (mit Talg-, Knäueldrüsen, Haarfollikeln, Papillen, Warzen, Hörnern versehen sein). Die Dermoide entbehren des weiteren immer eines Ausführungsganges, stehen mit der über sie hinwegziehenden Haut nur in losem Zusammenhang, haben eine dünnere Wand, einen gefäfsreicheren Bindegewebsbalg. Sie sind alle angeboren und entwickeln sich deshalb vorzugsweise bei jungen Individuen.

Aus den vorhergehenden Untersuchungen ist zu ersehen, dafs keiner der oben angeführten Unterschiede eine allgemeine Gültigkeit besitzt. Wir haben uns davon überzeugen können, dafs Atherome von ganz einfachem Baue, d. h. solche, welche einen einfachen, bindegewebigen Balg

[11] Eine ähnliche Auffassung von den Atheromcysten haben Paget (*Lectures on surgical pathology.* Vol. II. 1853. S. 85), Weber (*Pitha-Billroth.* Bd. II. 2. Abt. 2. Lfg. 1865. S. 42), Förster (*Handb. d. allgem. path. Anat.* 2. Aufl. 1865. S. 362), citiert nach Franke.

Natürlicherweise wird ein Teil des sogleich Anzuführenden auch als Argument gegen die Retentionstheorie gelten können, und ist demnach dem schon bisher in dieser Richtung Ausgeführten anzuschliefsen.

[12] S. Lücke, Die Lehre von den Geschwülsten in anatomischer und klinischer Beziehung. *Handb. d. allg. u. spez. Chirurgie von Pitha u. Billroth.* 1869. S. 109. § 99. Des weiteren Cornil u. Ranvier, *Manuel d'histologie pathologique.* Auch *Bruns Handb. d. prakt. Chirurgie.* 1854. 1. Abt. S. 102.

mit Epithelbelag darstellen, die Ausnahme bilden. Die meisten Atherome besitzen auf ihrer ganzen Oberfläche, oder an einem gröfseren oder geringeren Teile derselben ein ausgebildetes Papillen- oder Leistensystem, welches sich stellenweise infolge des mit der Ausweitung einhergehenden Zuges allmählich verliert, indem hiedurch die Leisten und Papillen immer mehr in den Balg miteinbezogen werden. An anderen Punkten hingegen verlängern sich die Papillen in der Weise, dafs sie selbst makroskopisch sichtbar werden. Es ist hier nochmals besonders zu betonen, dafs die Atherome des Korium in Beziehung auf das Vorhandensein der Papillen keine Ausnahme bilden (s. Ic und XIII).

Erweist sich somit der Bau der meisten Atherome als komplizierter, als man gewöhnlich annimmt, so ist es um so wichtiger für unsere Frage, dafs gewisse Balggeschwülste, welche infolge ihres Sitzes an Stellen, wo keine Follikel vorkommen, schon früher als aus embryonalen Keimen hervorgegangene Dermoide erklärt wurden, einen viel einfacheren Bau besitzen. Ich führe hier den Fall XV an, bei welchem von einem Papillarkörper oder von Drüsenapparaten nichts zu sehen war. Eine Zusammenstellung ähnlicher Fälle findet sich in einem Artikel von Gnermonprez und Toison (*Journal des sciences médicales.* 1885. Lille). Auch bei Franke geschieht ähnlicher Fälle Erwähnung und der letztere Autor führt auch haar-, drüsen- und papillenlose Dermoide aus anderen Organen an. Dafs aber diese Gebilde trotz ihres einfachen Baues embryonalen Ursprungs sind, beweist die von Weil und Chiari (*Wiener klin. Wochenschr.* 1889. No. 50. Sitzungsbericht) beschriebene Cyste der Hohlhand, welche sich nur dadurch von der unsrigen unterschied, dafs sie mit Papillen versehen war. Chiari stellt sie demnach, sich hauptsächlich auf den letzteren Umstand stützend, zu den Dermoidcysten und zwar, wie wir bald sehen werden, mit vollkommenem Rechte.

Betrachten wir des weiteren alle von uns untersuchten Cysten, dann sehen wir, dafs sich dieselben leicht in eine Übergangsreihe bringen lassen. Wir sehen ganz einfache, papillenlose Cysten, dann solche mit wenigen Papillen, darauf andere mit ausgebildetem Papillarkörper oder Leistensysteme. Von den nur mit Papillen versehenen Atheromen endlich zu den mit Drüsen und Haaren reicher ausgestatteten Dermoiden der Haut bilden den Übergang Cysten, wie IX, XIII und XIV, in welchen einzelne Haar- und Talgfollikel vorhanden waren.

Was den Ausführungsgang anlangt, so hat schon Franke nachdrücklichst hervorgehoben, dafs der mikroskopische Nachweis eines Ausführungsganges oder der Reste desselben bisher für die subkutanen Atherome nicht geliefert wurde. Die von ihm citierten Autoren (Porta, Walther, Wernher, Hartmann, Zeiss) fanden an den subkutanen Atheromen keinen Ausführungsgang; auch er konnte denselben nicht

nachweisen und die von mir untersuchten ähnlichen Atherome entbehrten ebenfalls jedes Zusammenhanges mit der Epidermis, ja selbst Andeutungen desselben. Hingegen sahen wir im Falle XVI eine typische Dermoidcyste mit einem kurzen, von einem Hornpfropfen verlegten Ausführungsgange versehen. (S. Fig. 8.) Der Nachweis einer Mündung genügt also ebensowenig, um die Atherome von den Dermoiden abzuscheiden, als er allein — wie schon früher (S. Anm. 9) ausgeführt wurde — als Stütze der Retentionstheorie zu dienen vermag. Denn wir haben nun gesehen, dafs selbst typische Dermoide mit einer Öffnung an der Hautoberfläche münden können, welche sich in nichts von den komedo-ähnlichen Mündungsstücken der Atherome unterscheidet. (S. Fig. 1 und Fig. 6.) Erwähne ich noch, dafs viele von der Volarfläche der Hand stammenden Dermoide durch die feste Anlagerung der wandständigen Hornlamellen eine ebenso knorpelartige, dicke Wand erhalten, wie viele jüngere Atherome, besonders aus der Gegend des behaarten Kopfes, dafs die Atherome ein, wenn auch nicht reiches, doch wohlausgebildetes Gefäfsnetz besitzen, wie man das besonders an Flächenpräparaten sehen kann, dafs nach den Untersuchungen Portas[13] ein grofser Teil der Atherome angeboren ist, die Hälfte derselben sich vom ersten Lebensjahre an entwickelt und dafs verschiedene Autoren eine erbliche Veranlagung erwähnen, so glaube ich nachgewiesen zu haben, dafs die früher erwähnten Differenzen zwischen Atheromen und Dermoidcysten nicht durchgehends bestehen, dafs im Gegenteile von den einfachsten Balggeschwülsten bis zu den komplizierteren Dermoidcysten der Haut allmähliche Übergänge vorkommen, dafs also zwischen den Atheromen und Dermoidcysten ein enges Verwandtschaftsverhältnis besteht. Die Atherome sind nichts anderes als Dermoidcysten. Zur Erklärung ihrer Entstehungsweise genügt die Annahme einer Verlagerung embryonaler, epithelialer Keime keinesfalls, sondern es mufs eine Einstülpung der Epidermis und des Korium mit oder ohne nachfolgender Losschnürung von der Oberfläche angenommen werden, um auch die Entstehung der Papillen zu erklären. Verlagern sich blofs epithaliale Keime, dann entsteht kein Papillarkörper. Als Beweis für diese Behauptung möge das Milium dienen, welches der Papillen entbehrt und für welches die letzterwähnte Entstehungsweise von Robinson[14] und neuerdings von Philippson[15] bewiesen wurde.

Indem ich die Atherome enge an die Dermoide anreihe, glaube ich zwischen den beiden Gebilden folgendes Verhältnis annehmen zu müssen. Geschieht der Einschlufs der Keime zu einer frühen embryonalen Periode,

---

[13] Luigi Posta, *Dei tumori folliculari sebacei.* Milano 1856 (nach Franke).
[14] *Manual of Dermatology.* 1885. pag. 73 (nach Philippson).
[15] *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. XI. 1890. S. 1.

dann entstehen aus den noch differentiationsfähigeren Keimen die komplizierter gebauten Dermoide; in späterer Embryonalzeit verlagerte Keime geben immer einfacheren Cysten den Ursprung.

Das relativ späte Bemerkbarwerden der Atherome steht scheinbar mit der Annahme der embryonalen Entstehung im Widerspruch. Dies hat schon FRANKE zu erklären versucht. Er glaubt, dafs der Keim der Atherome kleiner sei und daher später eine bemerkenswerte Gröfse erreiche. Möglicherweise ist die Wachstumsenergie der sich später losschnürenden Keime auch geringer; das Wachstum der aus ihnen entstehenden Geschwülste ein viel langsameres. Übrigens hebt schon FRANKE hervor, dafs auch Dermoidcysten häufig erst später wahrgenommen werden und namentlich von der Pubertätszeit an eine stärkere Entwickelung zeigen.

Die Verschiedenheit des Sitzes kann unter den obwaltenden Verhältnissen nicht genügen, Atherome und Dermoide auseinanderzuhalten. Zur Ergänzung unserer oben ausgeführten Auffassung in dieser Richtung müssen wir annehmen, dafs an den Prädilektionsstellen der Dermoide besonders günstige Verhältnisse für eine frühe Einstülpung der Haut und nachfolgende Losschnürung von der Oberfläche gegeben sind. Es sind dies ja zumeist Stellen, wo eine Einbuchtung der Haut de norma früh vorkommt. (Auge, Mund, Hals etc.)

Aus dem bisher Dargelegten folgt, dafs die Atheromcysten nicht durch Retention des Sekretes der Follikel entstehen, sondern sich aus embryonalen Keimen entwickeln und mit den Dermoiden in eine Klasse zu stellen sind.

Es gibt jedoch einen talgdrüsensekretähnlichen Inhalt besitzende Cysten der Haut, welche nicht in der eben beschriebenen Weise entstehen. Diese sind sehr selten und mir im Laufe meiner Untersuchungen blofs zweimal vorgekommen. Die eine stammte vom Rücken und glich makroskopisch vollkommen einem grofsen Komedo. Mikroskopisch erwies sich dieselbe als eine mit einer Mündung versehene Cyste, welche aus der Erweiterung des gemeinsamen Ausführungsganges des Haar- und Talgfollikels entstanden war und koncentrisch geschichtete Hornmassen enthielt. (S. Fig. 10.) Der Haar- und Talgfollikel safs der Cyste seitwärts etwas unterhalb der Mündung auf. Von einem Papillarkörper war nichts zu sehen.[16] Der Mangel des letzteren an einer Cyste, welche ihrem Sitze nach dem gemeinschaftlichen Ausführungsgange des Haar- und Talgfollikels entspricht, bestimmt uns, hier die Entstehung durch Retention anzunehmen. Dieses Cystchen mufs infolge des Modus seiner Entstehung und seines geringen Umfanges den Komedonen angereiht werden, bei welchen ich manchmal ziemlich starke Erweiterungen des obersten Teiles

[16] Die Cyste wurde vollkommen in Serienschnitte zerlegt.

des Follikelapparats fand, unterhalb welcher der Haarfollikel ein wenig verzerrt, wie infolge des Druckes der darüber liegenden cystenartigen Erweiterung komprimiert und leicht in Falten gelegt erschien. (S. Fig. 11.)

Der andere Fall unterscheidet sich sowohl von dem vorigen, als von den Atheromen. Dieses Gebilde saſs an der unteren Grenze des Nackens oberhalb des linken Schulterblattes. Die Haut der betreffenden Gegend war leicht hervorgewölbt, mit 10 groſsen Komedonen versehen, in deren unmittelbarer Umgebung die Haut leicht narbig eingesunken war. Es fand sich hier eine etwas gelappte härtliche, etwa haselnuſsgroſse Cyste, welcher 4 Öffnungen entsprachen, daneben eine runde, erbsengroſse mit 3 Mündungen. Oberhalb beider Cysten war ein dreifacher Komedo vorhanden. Der Inhalt bestand aus Hornzellen, Cholesterin und Fett. Diese Gebilde hatten sich seit langen Jahren nicht verändert.

Die Form der Mündung, die Zahl derselben und das Vorhandensein des mehrfachen Komedo weisen darauf hin, daſs die Entstehung dieser Cysten denen der doppelten und mehrfachen Komedonen ähnlich sein müssen, oder daſs sie aus solchen Komedonen entstehen.

Der Doppelkomedo selbst besitzt schon etwas von der Cystenform und der Ausdruck „wurstförmig“, welchen Düring[17] gebraucht, entspricht nicht ganz der Form desselben. Fertigen wir Serienschnitte des Doppelkomedos an, indem wir das Messer parallel zu einer, beide Mündungen verbindenden Linie führen, dann bekommen wir erst seitliche Anschnitte der Komedonenhöhle, welche von allen Seiten von Epithel und Korium umschlossen sind. Mit jedem Schnitte vergröſsert sich die von dem Epithel umschlossene Öffnung, und endlich erhalten wir einen Kanal mit zwei Öffnungen. (S. Fig. 12.) Indem wir die folgenden Schnitte untersuchen, wiederholen sich in umgekehrter Reihenfolge die ersten Bilder. Die Höhle pflegt sich auch nach beiden Seiten zu über die Ränder der Mündungen hinaus auszubreiten. (Dies ist bei dem in Fig. 12 reproduzierten Doppelkomedo nicht der Fall.) Der Gang ist also im Querschnitte sehr viel breiter als seine Öffnungen und stellt einen mit zumeist relativ engen Öffnungen versehenen Sack dar. Derselbe enthält Hornzellen, Pigmentschollen[18] und Fetttropfen, Talgdrüsenzellen und Haare; er ist immer mit Talgdrüsen und Haarfollikeln versehen. Dieselben befinden sich gewöhnlich an Stellen, welche den Öffnungen gegenüber liegen, d. h. an der Umbiegungsstelle des Ganges aus der vertikalen in die horizontale Richtung,

---

[17] Düring, Über Doppelkomedo. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. VII. 1888. S. 401.

[18] Das Pigment, welches die Hornlamellen diffus gelblich färbt, verschwindet bei Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd in alkalischer Lösung. Das körnige Pigment, welches in unregelmäſsigen, schwarzen und braunen Schollen hauptsächlich an den Köpfen und unterhalb derselben, des öfteren aber auch tiefer, angehäuft ist (s. Fig. 14), bleibt selbst nach zweitägiger Behandlung mit diesem Reagens zurück; es blaſst höchstens manchmal etwas ab.

manchmal auch unter dem „Bauche“ des Doppelkomedo (die Drüse ist dann flach gedrückt) oder knapp unterhalb der Öffnung. Zuweilen münden auch zwei Follikel eng nebeneinander.

Die den Öffnungen benachbarten Hautpapillen sind häufig etwas abgeflacht, manchmal dem Gange zu geneigt, und gelegentlich finden wir selbst unter dem obersten Stücke des Ganges 1—2 Papillen. Ich glaube, die letzteren sind nur infolge des Zuges, welcher von dem sich erweiternden Sack ausgeht, aus der Nachbarschaft der Mündung unter dieselbe gezogen worden. Dafs ein solcher Zug stattfindet, wird einerseits dadurch bewiesen, dafs die unmittelbare Umrandung der Komedoöffnung wie narbig eingezogen ist. Andererseits deutet auch der Verlauf der in den Komedosack mündenden Follikel an, dafs dieselben sich aus einer vormals mehr vertikalen Richtung, gegen die Horizontale neigten. (S. Fig. 12.) Ich glaube auch, dafs die Mündungen der Follikel, welche ganz eng an dem Komedokopfe in der Höhle liegen, erst infolge dieses Zuges dorthin gelangt sind, d. h. ursprünglich an die freie Oberfläche mündeten.

Wir können uns lebhaft vorstellen, dafs durch die Ansammlung des hornigen und fettigen Sekretes diese Säcke sich bis zu einer gewissen Gröfse langsam erweitern, und es ist sehr wahrscheinlich, dafs die oben beschriebenen Cysten in dieser Weise entstanden sind. Die Frage der Entstehungsweise dieser Cysten hängt also enge mit der der Doppelkomedonen zusammen. Hierauf wollen wir noch kurz eingehen.

Fig. 13 stellt eine grofse Aknepustel dar. Die Eiterung geht bis in das subkutane Fettgewebe und umfafst in einer, im Vergleiche mit den gewöhnlichen Aknepusteln relativ breiten Zone den intrafollikularen Eiterbeutel. Wir sehen, dafs in diesem Falle die oberflächlichsten Hautschichten in den Eiterungsprozefs noch nicht miteinbezogen sind; wir sehen des weiteren, dafs der Eiterherd vermittels zweier Follikelmündungen (Fig. 13 b) mit der Oberfläche kommuniziert. Es frägt sich nun, ob dies ein vereiterter Doppelkomedo ist, wie ich einen ebenfalls beobachtet habe, oder ob hier ein Verschmelzen zweier benachbarter follikularer Eiterherde stattgefunden hat. Ich glaube mit Rücksicht auf die geringe Gröfse beider Komedonen, d. h. auf die Enge des Anfangsstückes des Komedoschlauches und die Kleinheit der Komedoköpfe, den geringen Horninhalt des Follikemündungsstückes, das letztere annehmen zu müssen. Es wäre hiermit, wie ich glaube, der erste histologische Beweis für die von Unna auf dem Kongresse in Washington ausgesprochene Ansicht erbracht, dafs die Doppelkomedonen erworbene, „im Anschlusse an Ulcerationsprozesse entstandene“ Bildungen seien.[19] Denn

[19] Follikel mit zwei Ausführungsgängen sind bisher nicht beschrieben worden.

Präparate, welche von fertigen Doppelkomedonen angefertigt werden — und solche wurden bisher allein beschrieben — können wohl dagegen sprechen, dafs der Doppelkomedo ein einfacher epithelialer Gang sei, welcher der Drüsen vollkommen ermangle; über die Art und Weise der Entstehung dieses Ganges können dieselben jedoch nichts aussagen. Den histologischen Beweis für die von DÜRING (l. c.) in eingehender Weise dargelegten theoretischen Ausführungen sehe ich nun mit dem Nachweise des Verschmelzens der vereiterten Follikel wirklich erbracht.

Wir sehen auf dem erwähnten Präparate einer Aknepustel vom Rücken noch Folgendes. Der aus der Vereinigung zweier Follikel entstandene, mit Horn-, Fett- und Eitermassen angefüllte, weite Sack erstreckt sich bis unter die Zone der Knäueldrüsen, bis in das Fettgewebe, und selbst an seiner untersten Grenze besitzt er eine epitheliale Einfassung, welche an zwei Stellen von dem benachbarten vereiterten Gewebe durchbrochen ist. (Fig. 13 a.) Würde der Eiterungsprozefs jetzt zum Stillstand kommen, dann würde der durch denselben hervorgebrachte Doppelkomedo mit einem weiten Sacke in Verbindung stehen, welcher in gefülltem Zustande der oben erwähnten, mit mehreren Ostien versehenen Cyste gliche.

Die beiden zuletzt beschriebenen Cystenformen sind Retentionscysten der Follikel. Sie sind — wie aus dem Vorhergehenden ersichtlich — von den Atheromen sowohl makroskopisch, als mikroskopisch leicht zu unterscheiden. Zudem kommen sie nur selten in unsere Beobachtung. Die gewöhnlichen, zu chirurgischen Eingriffen Anlafs bietenden, eigentlichen Atherome hingegen sind nichts anderes als Demoidcysten.

Meine Untersuchungen waren vollkommen abgeschlossen, als ich am internationalen medizinischen Kongresse in Berlin Gelegenheit hatte zu erfahren, dafs weitere Untersuchungen, welche Professor CHIARI zu gleicher Zeit mit mir, jedoch nach einer anderen Methode angestellt hatte, ihn zu dem Resultate führten, die meisten Atherome den Dermoiden beizugesellen.

Seitdem erschienen zwei Artikel FRANKES, welche den Ausführungen CHIARIS gegenüber, die ursprüngliche Ansicht FRANKES[20] verteidigen. Dieselben bringen für die Frage über das Verhältnis der Atherome zu den Dermoiden nichts thatsächlich Neues, sondern bilden in dieser Beziehung kurze und klare Rekapitulationen der früheren Ausführungen desselben Autors, auf welche schon im vorhergehenden Texte des besonderen eingegangen wurde.

Aus dem zweiten Artikel FRANKES ist für unsere Frage das Folgende hervorzuheben. REVERDIN leitet die Cysten der Hohlhand ebenfalls aus verlagerten epithelialen Keimen ab, jedoch glaubt derselbe, dafs diese

---

[20] *Wien. klin. Wochenschr.* 4. Septbr. 1890. No. 36 und *Virchows Archiv.* 1890. Heft 3. Septbr.

Verlagerung im extrauterinen infolge von Verletzungen erfolge. Dafs trotz der häufigen Traumen der Hand ähnliche Cysten nicht häufiger zur Beobachtung gelangen sucht er dadurch zu erklären, dafs die verlagerten Zellen nur nach Verletzungen, welche per primam heilen, proliferationsfähig zurückbleiben, sonst aber zu Grunde gehen. Hiegegen wendet FRANKE ein, dafs Verletzungen in $^2/_3$ der Fälle überhaupt nicht nachweisbar waren, trotzdem dieselben nicht geringe sein konnten, da ja doch die Epidermispartikelchen recht tief zu liegen kommen. Andererseits spricht gerade der letztere Umstand, nämlich die notwendigerweise anzunehmende Intensität und oft die Art des Traumas (Quetschungen) gegen eine Heilung per primam. Er behauptet daher, und wie wir glauben mit Recht, dafs das Trauma nur als Reiz für die Weiterentwickelung der embryonalen Keime gewirkt habe, will jedoch an der Möglichkeit der REVERDINschen Annahme — mit Rücksicht auf die Untersuchungen KAUFMANNS und SCHWENINGERS — für einzelne Fälle nicht zweifeln. Wir möchten noch zu Gunsten der embryonalen Theorie wiederholen, dafs CHIARI an einer ähnlichen Cyste einen Papillarkörper nachwies. Des weiteren, dafs diese Cysten im subkutanen Gewebe lagern, die über ihnen hinwegziehende Haut, wie z. B. in unserem Falle (No. XV) mit derselben nicht verwachsen ist, wie es wohl bei einem vorangegangenen Trauma, von der hier anzunehmenden Intensität zu erwarten wäre.

(Figurenerklärung dazu siehe auf S. 508.)

Die Behandlung der Urethritis posterior resp. totalis mittelst Irrigators, ohne Katheter.

Von Dr. S. RÓNA
in Budapest.

(*Orvosi Hetilap.* 1891. No. 6.)

Um die Reizerscheinungen, die das Katheterisieren mit sich bringt, zu vermeiden, bediente ich mich nach der Angabe von ROTTER und ZIEMSSEN des Irrigators ohne Katheter zur Auswaschung der ganzen Harnröhre, bei der urethrit. gonorrh. totalis.

Zu demselben Zwecke hatte ich schon früher die gewöhnliche Handspritze angewendet, und unter grofsem Drucke war es möglich, den Kompressor zu überwinden.

In betreff der Spritze sind meine Erfahrungen die folgenden:

Mit einer Spritze (100—150 Kubikcentimeter) gelingt es auf die soeben geschilderte Weise nur einer sehr geübten Hand, die Flüssigkeit in die Blase gelangen zu lassen. — Bei meinen in den letzten Wochen gemachten Experimenten ist die Ausspritzung nur zweimal glatt ohne Klage der Kranken vor sich gegangen. In den

meisten Fällen spannt der Druck die Pars anterior und dehnt sie stark aus, bevor es noch den Kompressor überwindet, und je mehr wir uns durch Steigerung des Druckes zur Überwindung des Kompressors anstrengen, um so hartnäckiger verschliefst sich derselbe, so dafs das Eindringen, wenigstens mir, in mehreren Fällen überhaupt nicht gelang. Und in den Fällen, wo es mir dennoch gelungen ist, mufste ich die gleichmäfsige Steigerung des Druckes bei jedem einzelnen Individuum früher ausprobieren, was zeitraubend und für den Patienten quälend war und was die Hauptsache ist, dafs die Kranken selbst der früher angewendeten Methode der Ausspritzung mit dem Katheter den Vorzug einräumten, und diese als einen milderen Eingriff bezeichneten. (Unter anderen auch ein Arzt, als Kranker.)

Die Durchleitung der Flüssigkeit mit dem Irrigator habe ich viel milder und leichter gefunden.

(In der ersten Versuchsreihe [9 Kranke] vermochte bei 2 Kranken der Druck der auf eine Höhe von 1½ Meter gehobenen Flüssigkeit auch nach Verlauf von 3—4 Minuten den Kompressor nicht zu überwinden, während dies bei den übrigen in einigen Sekunden bis zu einer Minute gelungen ist. In der zweiten Versuchsreihe [11 Kranke] gelang die Irrigation auch schon bei den 2 früheren Kranken.)

Die Irrigation mit einer lauen, nicht ätzenden Flüssigkeit ist der mildeste Eingriff, den wir uns nur vorstellen können.

(Mit Hilfe eines mit Teilstrichen und schliefsbarem Endteile versehenen Irrigators können wir nach Belieben 30—50—100 etc. Gramm Flüssigkeit durch die Harnröhre in die Blase bringen, wir brauchen nur einen Assistenten oder Wärter, der uns das Gefäfs hält und die abgeflossene Flüssigkeitsmenge angibt.)

Die Kranken, welche früher Ausspülungen mittelst Nélaton-Katheter erhielten, konnten den Unterschied nicht genug loben.

Ebenso haben jene, bei denen früher Experimente mittelst Spritze ohne Katheter gemacht wurden, nach Anwendung des Irrigators letzteren gewählt.

Nach einiger Übung waren zur Irrigation eines Kranken durchschnittlich 1—3 Minuten ausreichend. Die Zeitdauer ist nicht bei jedem Kranken die gleiche, bei manchen verschliefst sich der Kompressor krampfhaft ½—1 Minute vor der Flüssigkeit und das ist der unangenehmste Moment beim ganzen Verfahren, wenn infolge dessen die in der Pars anterior sich andrängende Flüssigkeit die Harnröhre ausdehnt. Hauptsache ist es, die Aufmerksamkeit des Kranken durch Konversation vom Verfahren abzulenken.

(Die Menge der eingeführten Flüssigkeit betrug 100—150 g, also nicht so viel, dafs sie den Kranken zum Urinieren gereizt hätte.)

Nachdem ich mit dem technischen Erfolge befriedigt war, übertrug ich das Verfahren auf die therapeutische Seite. Dieselben medikamentösen Stoffe, die ich mittelst Katheter zu verwenden pflege, habe ich in verschiedener Konzentration nach vorherigem Urinieren in die Blase gebracht; so in erster Reihe die Ultzmann-sche Lösung (zincum-alumen-Carbol), bald wieder andere Lösungen (zincum-resorcin, Borlösung).

Soweit ich bis jetzt urteilen darf (ich habe bei 30 Kranken mehr als 200 mal Irrig tionen gemacht[1]), kann auch der Erfolg befriedigender sein als bei den früheren Methoden; denn abgesehen davon, dafs die Flüssigkeit beim Eindringen sowohl wie beim Herauslassen (Urinierern) die Pars anterior berührt; ferner abgesehen davon, dafs jener Teil der Pars posteior (die Pars membranacea) der beim Ausspritzen mittelst Katheter entweder garnicht oder nur mangelhaft berührt wird, hier

[1] Seither an ca. 50 Patienten über 500 Irrigationen.

(bei der Irrigation, sowohl beim Eindringen als auch beim Urinieren) mit dem Medikamente in Berührung bleibt, kann selbst von der geringsten Reizung keine Rede sein und thatsächlich haben wir bis jetzt sechs vollkommen geheilte Fälle zu verzeichnen.

Hier ist am Platze auf die Fälle von Desnos (1888) und auf die gegen diese Methode angegebenen Einwendungen zu reflektieren. Es ist unleugbar kein indifferentes Vorgehen, jemandem die entzündete Blase und die Pars posterior 4—5 mal des Tages nach einander zu reizen und besonders mit Argent. nitr.-Lösung oder mit einem anderen reizenden Mittel (D. erwähnt nicht, was für ein Mittel er irrigierte, obwohl dieses sehr wichtig zu wissen wäre), aber dafs es unbedingt gefährlich sei, ist auch nicht sicher, wie dies schon Lavaux (1887) hervorgehoben.

Aber bei Urethritis posterior, oder wegen einer Urethrocystitis geringeren Grades, pflegen wir dieses so wie so nicht zu thun.

Und darin unterscheidet sich die Behandlung der Urethritis totalis und der Urethrocystitis part. von der Behandlung der einfachen mehr chronischen Cystitis.

Mein Verfahren ist das, was es bei Anwendung des Katheters wäre; nämlich die Durchleitung einer Lösung von 150—200 g jeden oder alle 2—3 Tage, 1—2 mal täglich je nach den einzelnen Fällen, und das sofortige Wiederablassen der Flüssigkeit.

In welchem Grade die Verschlimmerung des Zustandes von der Qualität und Konzentration der verwendeten Flüssigkeit abhängt, beweist ein seit 2 Jahren bestehender Fall von Cystitis, bei dem ich 2 Wochen lang Karbollösung (1 : 500) mittelst Katheter eingespritzt habe, wodurch ich einen sehr schweren, eine Woche dauernden sehr quälenden, anfangs jede dritte Minute, später ½-stündlich sich einstellenden Harndrang verursacht habe.

In einem anderen Falle hat sich die Urethritis posterior durch die täglich einmalige Irrigation mit Zincum-Alumen-Karbol 1 : 1000 ohne Katheter in 6 Tagen so weit gebessert, dafs ich zu einer Lösung von 1 : 500 überging, worauf eine so heftige quälende Urethritis totalis sich einstellte, dafs sie eine Woche nur mit Ruhe und Umschlägen hat behandelt werden müssen. Seitdem war ich mit dem Karbol äufserst vorsichtig und habe es jetzt vollkommen aus der Therapie ausgeschaltet.

Anders mufs die Behauptung Desnos' und Reliquets (1887—88) beurteilt werden, dafs nach der Ausspritzung ohne Katheter Prostatitis und Epididymitis auftritt. Die Behauptung beruht nach meinen Erfahrungen auf keiner objektiven Kritik, weil die. Distension auch hier nicht gröfser ist als bei der Ausspritzung mittelst Katheter Das direkte Trauma ist jedenfalls kleiner und betrifft immer nur die Gegend des Kompressors und am wenigsten den dahinter liegenden Teil. Ferner weifs heute ein jeder, dafs bei jenem Kranken, der an Urethr. post. leidet, die Erkrankung der Prostata und der Epididymis die Rolle des Damokles-Schwertes spielt, ihr Auftreten ist jede Minute zu erwarten; ob die Ausspritzung mit einer kleinen Trippersprütze oder mit einem Nelaton oder harten Katheter geschieht oder ob mit Umgehung von allen diesen der akute Tripper nur innerlich behandelt wird.

(Ich halte es nicht für notwendig mich hier auf die diese Thatsache beweisende Statistik anderer zu berufen, da ich, meine eigenen Erfahrungen vor Augen haltend, auch behaupten darf, dafs von allen jenen an Epididymitis oder Prostatitis leidenden Kranken, die seit 4 Jahren meine öffentliche und Privatordination aufsuchten, nur bei sehr wenigen, ein, den hinteren Harnröhrenteil direkt betreffender lokaler

Eingriff angewendet wurde. So bekamen z. B. nur auf meiner öffentlichen Ordination von 141 (1889—90) an Urethr. post. leidenden 52 (36,8 %) Epididymitis.)

Deshalb halte ich, so weit ich nach meinen bisherigen Erfahrungen urteilen darf, die Anwendung der Irrigation (ohne Katheter) zur Behandlung der Urethr. post. für ein schonenderes Verfahren, als die Ausspritzung mit Katheter. Besonders angezeigt ist dieses Verfahren in Spitälern, Polikliniken, wo sich viele gleichartige Kranheitsformen anhäufen, und wo uns ein Gehülfe oder Wärter zur Verfügung steht. (Wir ersparen damit Geld, Zeit und Arbeit, und wir haben eine reinere und angenehmere Arbeit, und zwar sowohl für den Kranken als für den Arzt. Auf den Schlufsapparat des Irrigators können wir für jeden Kranken eine eigene harte Kautschukolive anwenden.)

In der Privatpraxis kann ich es wegen der Umständlichkeit nur in einzelnen Fällen empfehlen, in jenen, wo die Kranken nicht einmal die Einführung des weichen Katheters ertragen. Nicht zu empfehlen ist dieses Verfahren (wie das schon Rotter und Ziemsen hervorgehoben) bei insufficienter Blase, nicht einmal bei totaler Cystitis mit sufficienter Blase.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die Durchsichtigkeit der menschlichen Haut, von J. Gastreich. Erlangen 1890, Dissert. Verf. prüfte die Transparenz der menschlichen Haut, indem er allmählich dünner werdende Hautstücke (durch Schrägschnitt mit dem Rasiermesser hergestellt) über farbige Wachstafeln spannte, und fand blau und dunkelblaurot bis $1^3/_4$ mm bläulich, rot bis $^1/_2$ mm rötlich, bis $1^1/_2$ mm bläulich, braun und gelb bis $^1/_2$ mm durchscheinend. Die Epidermis ist durchsichtiger als das Korium, ebenso die Wand der Venen gegenüber den Arterien. Etwas höhere Zahlen fand er bei Benutzung von Farbeflüssigkeiten, die allmählich die untersten Hautschichten imbibierten. Verf. kommt zu dem Schlufs, dafs man aus der Art der Verfärbung auf den arteriellen oder venösen Ursprung der Blutung aus subkutanen Gefäfsen schliefsen kann, wenn die untersten Koriumschichten mit durchtränkt sind, und dafs Sugillate im Unterhautzellgewebe überhaupt nicht durchscheinen. *Hahn-Bremen.*

Physiologisches.

Über die Veränderungen der Haarfollikel nach der Depilation und über die Art der Regeneration der Haare, von Prof. Giovannini. (*Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.* 1891. Heft 1.) Die anatomischen Veränderungen, welche die Haarfollikel nach Extraktion der Haare eingehen, sind bisher beim Menschen noch nicht studiert worden, ebensowenig sind die morphologischen Einzelheiten der nach der Depilation beginnenden Entwickelung frischer Haare bis jetzt bekannt. Verf. machte daher nach dieser Richtung hin eine Reihe von mikroskopischen Untersuchungen.

Im Gegensatz zu Koelliker fand Verf., dafs unter normalen Verhältnissen die äufsere Wurzelscheide mit dem extrahierten Haare nicht entfernt wird; es bleibt selbst von der inneren Wurzelscheide ein grofser Teil im Follikel zurück.

Nach der Entfernung des Haares beginnt der Follikel von unten nach oben zu schrumpfen; gleichzeitig erhebt sich die Papille bis zum Niveau der Epidermis, es entwickelt sich innerhalb desselben Bindegewebe, welches bald vaskularisiert wird. In dem zurückgebliebenen Teil der innern Wurzelscheide nimmt die Karyokinese schon nach wenigen Tagen ab; später verschwinden auch allmählich die Kerne der im Follikel zurückgebliebenen Epithelzellen, die beiden Wurzelscheiden fliefsen zusammen und ihre Zellen beginnen zu verhornen.

Die Neubildung des Haares beginnt zwischen dem 41. und dem 72. Tag nach der Depilation und geht von den im Follikel zurückgebliebenen Epithelialzellen aus. Es finden zunächst karyokinetische Prozesse statt. Wenn auf diese Weise schon eine gröfsere Anzahl von Zellen gebildet ist, so beginnen die oberflächlich gelegenen zu einer Verlängerung auszuwachsen, und es entsteht so der Stiel des neuen Haares. Das äufsere Stratum verhornt dann allmählich. Die Details über die Bildung der beiden Wurzelscheiden etc. lassen sich in einem kurzen Referat nicht wiedergeben und verweise ich hier auf das sehr interessante Original. *E. Fink-Hamburg.*

Angioneurosen.

Drei Fälle von Erythema exsudativum mit hohem Fieber, von Liszt und Szöllösi. (*Intern. klin. Rundschau* 1891, No. 11.) In den drei Fällen setzte die Erkrankung mit einem prodromalen Schüttelfrost ein, auf den nach 2—5 Tagen der Ausbruch des Erythems folgte, welches die Gelenkgegenden und die Streckseiten der Extremitäten besonders einnahm. Hohes Fieber war vorhanden, so lange das Erythem bestand, in einem Falle bis zu 30 Tagen. In allen Fällen bestanden Schmerzen in verschiedenen Gelenken. Einige Effloreszenzen bei dem einen Patienten erinnerten an Erythema nodosum. Das Allgemeinbefinden litt, aufser bei dem einen Patienten, wenig unter der Erkrankung, trotz des hohen Fiebers. Da alle drei Fälle binnen sechs Wochen zur Beobachtung kamen, so sind Verff. geneigt, einen infektiösen Ursprung anzunehmen, obschon sie keine bakteriologischen Untersuchungen angestellt haben. Therapie war rein exspektativ, speziell wurde kein salicylsaures Natron oder Salol verabreicht, sodafs von einem Erythema medicamentosum nicht die Rede sein kann. *Hahn-Bremen.*

Über das „hölzerne" Ödem der Kinder, von Dr. Mircoli. (*Gass. degli ospedali.* 1891. No. 3.) Verf. hat in 15 Fallen von Nephritis bei Kindern ein Hautödem gefunden, welches auf Fingerdruck nicht die sonst für das Ödem charakteristische Grube hinterliefs. Hier war das Ödem inkompressibel oder „hölzern", wie es Eichhorst nennt. Der Verf. führt diese Erscheinungen auf folgende anatomische Veränderungen der kindlichen Haut zurück.

1) Die Cutis entwickelt sich bei Kindern von den ersten Monaten an ganz anders als bei Erwachsenen.

2) Die Dermis bildet hier den überwiegenden Teil und die Drüsen sind in demselben nicht so stark entwickelt wie bei Erwachsenen. Die interfibrillären Räume sind bedeutend kleiner als bei Erwachsenen.

3) Im subkutanen Bindegewebe findet sich viel mehr Fett bei Kindern als bei Erwachsenen.

4) Die Blutgefäfse sind ebenfalls bei Kindern ganz anders entwickelt.

Tommasoli-Modena.

Neurotische Entzündungen.

Beitrag zum Studium des Zoster gangraenosus hystericus, von A. Bayet. (*Journ. de médecine de Bruxelles.* 1891.) X., 18jähriges lediges Dienstmädchen von sehr nervösem Charakter, bietet verschiedene Symptome von Hysterie dar, unter anderen Globus hystericus.

Eines Tages beobachtete die Kranke im Bereiche der Hände eine bullöse Eruption, ohne dafs Schmerzen vorausgegangen waren. Nach einem Monate war die Affektion abgeheilt.

5 Monate später empfand sie wieder einmal gegen 4 Uhr abends schmerzhaftes Kribbeln im Bereiche des rechten Vorder- und Oberarms. Um 9 Uhr abends bemerkte sie am Kubitalrande des Handrückens eine Blase, ein wenig später eine andere auf dem Handrücken. Diese Blasen sanken ein, einige konfluierten, die gröfsere Anzahl blieb isoliert, ohne sich auszubreiten.

2 Tage später ist die Hand geschwollen namentlich auf der Rückenfläche, wo eine Anzahl von oberflächlichen Ulzerationen aufgetreten ist, bedeckt mit brauner, trockener und harter Kruste. Die Geschwüre sind von der Gröfse eines ovalen Hemdenknopfes, ihre Ränder sind zierlich ausgebuchtet. Auf der Zeigefingerspitze befindet sich eine gröfsere Ulzeration, deren Längsaxe derjenigen eines 2 Centimesstückes gleichkommt. Die polycyklischen Ränder breiteten sich aus, so dafs die oben erwähnte Plaque aus dem Zusammenfliefsen der benachbarten Ulzerationen entstand. Die Untersuchung der Sensibilität des Armes ergab das Vorhandensein von neuralgischen Schmerzen in der ganzen Ausbreitung des Plexus brachialis, und zwar lebhafte Schmerzen mit intermittierendem Charakter.

Der in der Fossa supraclavicularis auf den Plexus brachialis ausgeübte Druck rief keinen Schmerz hervor, dagegen reagierte der Nerv mit lebhaftem Schmerz auf Druck in die Ellbogenfalte.

Anaesthesia tactilis dolorosa et thermica auf dem Handrücken, dem Vorder- und Oberarm, dagegen nicht in der Gegend des M. Deltoideus, endlich noch Parese der Extensoren.

Nach 6—7 Tagen liefsen die Schmerzen nach, aber es entstand eine neue Plaque auf dem vorderen Handgelenk. Nach etwa 20 Tagen waren die Geschwüre verheilt und alle anderen Symptome verschwunden.

Nach den Angaben der Patientin stimmte die vor 5 Monaten durchgemachte Eruption in allen Punkten mit der vom Verf. beschriebenen überein.

Es handelt sich in diesem Falle um einen recidivierenden Zoster gangraenosus hystericus, der sich eng an die von Kaposi und Doutrelepont beschriebenen Fälle anschliefst. *Dubois-Havenith-Brüssel.*

Beiträge zur Geschichte der Neurodermitis: Vom Lichen circumscriptus der früheren Autoren oder Lichen simplex chronicus E. Vidals, von Brocq und Jacquet. (*Annal. de derm. et de syph.* 1891. S. 97 u. 193 ff.)

Auf diese Abhandlung ist bereits in einer Pariser Korrespondenz von Louis Wickham hingewiesen, die auf S. 336 dieser *Monatshefte* erschienen ist.

Die Wiener Schule hat bekanntlich von der grofsen Lichen-Gruppe nur den Lichen ruber mit seinen verschiedenen Varietäten übrig gelassen; alle anderen Formen dieser Gruppe wurden anderen Dermatosen zugewiesen, so der Lichen circumscriptus der Gruppe des Ekzems. In der vorliegenden Arbeit geben sich Brocq und Jacquet nun die erfolgreiche Mühe, den L. simplex chronicus der Ekzem-Gruppe wieder zu entreifsen und als eine Krankheitsform sui generis, als eine Neurodermitis, hinzustellen. Hierzu veranlafst sie vor allem die Beobachtung, dafs der Ausschlag bei dem Lichen

chronicus simplex nur sekundärer Natur ist; er entsteht erst infolge des Kratzens. Dieses ist das wichtigste, das hervorragendste Symptom der ganzen Krankheit. Zum Beweis für die Richtigkeit dieser Behauptung führen sie einmal an, dafs in zwei der von ihnen beobachteten Fälle die Patienten ausdrücklich angaben, das Jucken sei vor den Papeln schon dagewesen. Ferner gelang es ihnen wohl, durch luftdicht schliefsende Verbände den Ausschlag zu bessern, der Pruritus aber blieb nach wie vor in gleicher Heftigkeit bestehen.

Ein weiterer Grund, den L. circumscriptus als eine Neurodermitis aufzufassen, liegt für die Autoren in dem Verhalten der Patienten. Bei den 10, dieser Abhandlung zu Grunde liegenden Fällen, liefs sich ein bestimmter Grad von Nervosismus nicht erkennen. Bald handelte es sich nur um erhöhte Erregbarkeit, bald um Neigung zu Jähzorn, zu Träumen, um Verstimmungen, um Hemianästhesie, hystero-epileptische Anfälle u. s. w., ja, in dem Fall 10 kam es sogar zu einem abwechselnden Auftreten des Lichen und den nervösen Störungen.

Die weiteren Belege für ihre Behauptung schöpfen die Autoren aus der eingehend erörterten pathologischen Anatomie des Lichen circumscriptus und aus seinem klinischen Verlauf. Die Anordnung des Ausschlags in konzentrischen Kreisen, seine absolute Trockenheit u. s. w. sprechen ebenso sehr zu Gunsten der nervösen Natur der Erkrankung, wie der langsame Verlauf derselben und ihre Neigung zu Rückfällen. — Bei der Behandlung ist dementsprechend auch das Allgemeinbefinden zu berücksichtigen.

Den Schlufs der Abhandlung bildet eine kleine Erörterung zu Gunsten des alten Namen Lichen circumscriptus s. Lichen simplex chronicus.

Türkheim-Hamburg.

Beitrag zur Ätiologie des Zoster traumaticus, von Dr. DE LUCA. (*Sicilia medica.* 1890. Fasc. 3). Der Verf. hat eine Reihe von Experimenten dadurch angestellt, dafs er bei Tieren von verschiedener Gattung auf die Intercostalnerven und auf das Rückenmark verschiedene Reize wirken liefs, um zu sehen, ob irgend eine Läsion im stande sei, einen Zoster hervorzubringen. Aber alle diese Experimente fielen, wie zu erwarten war, negativ aus. Daraus zieht der Verf. den Schlufs, dafs die bei Zoster vorkommende Neuritis einen specifischen Charakter hat. *Tommasoli-Modena.*

Akute Infektionskrankheiten.

Vaccina generalisata mit tötlichem Ausgang, von E. GAUCHER. (*Annal. de derm. et de syph.* 1891. pag. 72.) Bei einem einmonatlichen Kinde enstand 11 Tage nach erfolgreicher Impfung mit Kälberlymphe ein pustulöser Ausschlag über fast den ganzen Körper. Das Kind starb unter Zutritt von Lungenerscheinungen. Bei der Sektion fand sich starke Kongestion beider Lungen ohne Hepatisatition; Volumszunahme des Netzes; Erweichung der kongestionierten Nieren, fettige Degeneration der Leber. *Türkheim-Hamburg.*

In der Sitzung vom 28. Januar 1891 der Société de Derm. et de Syphiligr. zu Paris zeigte FOURNIER im Auftrage des Militärarztes MARESCHAL eine „**Vaccinostyle**" genannte metallische Feder vor. Der äufserst billige Preis dieses Instrumentes soll es ermöglichen, dasselbe nach einmaliger Impfung wegzuwerfen, so dafs also jedes Individuum mit einer ungebrauchten Nadel geimpft und dadurch der Gefahr der Krankheitsübertragung gründlich vorgebeugt wird. (*Annal. de derm. et de syph.* 1891. pag. 71.) *Türkheim-Hamburg.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Wirkung des Tuberkulins auf Lepra, von Dr. Julius Goldschmidt. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1891. No. 15.) G. berichtet über 9 weitere von ihm mit Tuberkulin behandelte Fälle von Lepra und sagt, dafs sich leider, wie diese Fälle überzeugend erweisen, die Hoffnungen der anfänglichen Behandlung im weiteren Verlaufe nicht bestätigt haben. Die Mehrzahl der Kranken (7) wurden in ihrem Allgemeinbefinden so geschwächt, dafs die Versuche schon aus diesem Grunde abgebrochen werden mufsten. Ein Fall fühlte sich nur unbedeutend angegriffen, 2 wurden in keiner Weise allgemein beeinflufst und nur einer befand sich aufserordentlich wohl. Dieser, ein 10jähriges Kind, war aus den elendesten Familien- und Ernährungsverhältnissen in die Leproserie aufgenommen worden, wo ihm die beste Pflege und Verpflegung zugute kamen. Jedoch ergab die lokale Beeinflussung ein unbefriedigendes Resultat. Ein anderer Fall zeigte zu Beginn eine sichtliche Rückbildung, dieselbe hörte aber mit dem Nachlafs der allgemeinen Reaktion auf und schlug ins Gegenteil um. Ein weiterer Fall schwebte während 3 Wochen in der höchsten Lebensgefahr, indem alle leprösen Haut- und Eingeweideinfiltrationen in regelmäfsiger Aufeinanderfolge von Entzündung und Zerfall ergriffen wurden. Allerdings war schliefslich deutliche Abnahme der leprösen Infiltrationen und Vernarbung der Hautgeschwüre zu konstatieren, doch schlofs die überstandene Gefahr wie die zurückgebliebene Schwäche die Wiederaufnahme der Behandlung aus. In der Mehrzahl der Fälle (10) ist keinerlei bleibende Heilwirkung erzielt worden. *L. Hoffmann-Berlin.*

c. *Syphilis.*

Pathogenese und Ätiologie der Syphilis congenita, von Dr. J. Cicero (*Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.* 1891. Heft 1.) Verf. kommt zu dem Schlusse, dafs die Syphilis durch Mikrokokken verursacht wird, welche wahrscheinlich zu der Klasse der Streptokokken gehören. Diese gehen vermittelst der Gefäfsverbindungen von der Mutter auf die Frucht über und zwar so konstant, dafs man die Regel aufstellen kann: eine syphilitische Mutter gebärt immer syphilitische Kinder. War sie schon vor der Konzeption syphilitisch, so kommt es gewöhnlich zum Abort. Ist sie aber während der Schwangerschaft infiziert worden, so entgeht der Foetus nur dann der Infektion, wenn die Mutter die Lues erst nach dem 7. Schwangerschaftsmonat acquiriert hat. *E. Fink-Hamburg.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Über zwei Fälle von Ichthyosis intrauterina, von George T. Elliot. (*Journ. of cutaneous and genito-urinary diseases.* Jan. 1891.) V. teilt vollkommen die Ansicht Caspary's, dafs hereditäre und fötale Ichthyose dieselben Krankheitsprozesse darstellen, da bei beiden dieselbe Hyperkeratose vorliegt, und beschreibt sodann zwei Fälle von fötaler Ichthyosis:

Beide Kranke, zwei Schwestern, wurden mit einer Krankheit behaftet geboren, die nach Ansicht des Vs. Ichthyosis ist. Doch glaubt er dieselbe als eine Mischform von Ichthyosis hereditaria und fötalis, oder aber als eine sehr milde Form der letzteren ansprechen zu müssen, denn die Geburt erfolgte zur rechten Zeit und blieben die

Kinder nicht nur am Leben, sie gediehen auch geistig und körperlich, waren wohl gestaltet und gut genährt und zeigten keine Bildungsanomalien (Ectropium, Eclabium), wie es in den meisten übrigen Fällen von Ichthyosis fötalis beschrieben wird.

Weiter ist es sehr sonderbar, dafs bei beiden Kindern im Alter von 3½ Jahren die Krankheit im Gesicht und an den oberen und unteren Extremitäten, sonst Prädilektionsstellen der Ichthyose, spontan zurückging, während Rumpf und Kopfhaut an typischer Ichthyose erkrankt blieben.

Als einige Jahre später beide Schwestern an leichten Masern erkrankten, konnte folgende Beobachtung gemacht werden: während die jüngere ihre normale Haut im Gesicht und an den Extremitäten behielt, trat bei der älteren an diesen Stellen eine typische Ichthyosis nitida auf. Dafs es nicht eine Schuppung der Haut nach Masern war, beweist V. dadurch, dafs dieselbe Erscheinung auch durch heftige Erkältung oder eine Angina hervorgerufen wurde. Nach seiner Ansicht ist dies so zu erklären, dafs unter dem Einflufs einer Krankheit, die den Gesamtorganismus mehr oder weniger beeinflufst, die anscheinend gesunde Epidermis eine Neigung hat in ihren ursprünglichen Zustand zurückzukehren, dafs dies aber nur in geringem Grade geschieht, da die Tendenz eine geringe und die Ursache eine vorübergehende ist.

Schliefslich unterscheiden sich die beiden Fälle von anderen dadurch, dafs das Haar auch an den ichthyotisch erkrankten Stellen ganz normal und dicht war.

Die Ichthyosis nitida des Gesichtes und der Extremitäten, die bei der älteren Patientin nach Masern beobachtet wurde, heilte unter Salicylsalbenbehandlung in acht Tagen. *Lehsen-Hannover.*

Beitrag zur Ätiologie des Pemphigus neonatorum, von Friedr. Bodenstab. (Halle, 1890. Dissert.) Verf. beobachtete eine kleine Epidemie von Pemphigus neonatorum in Halle bei 12 Kindern, bei deren Geburt dieselbe Hebamme assistiert hatte, und die erst sistierte, als diese Hebamme für 14 Tage suspendiert wurde. Der Ausschlag brach gewöhnlich in der 2. Hälfte der ersten Woche aus und befiel den ganzen Körper, auch Planta pedis und palma manus blieb nicht verschont; 3 Kinder starben, und zwar 2, bei denen die Affektion auch auf Mund- und Rachenschleimhaut überging. Der Ausschlag kann auch auf Erwachsene übergehen, denn es trat in der Familie des einen Kindes eine Hausepidemie auf, die sechs Personen befiel. Bakteriologisch liefs sich im Blaseninhalt Staphylococcus pyogenes aureus und albus nachweisen. Therapeutisch hebt Verf. die Wirksamkeit der Kal. hypermang.-Bäder hervor unter deren Anwendung er auch bei einem Pemphigus chronicus, der bisher jeder Therapie getrotzt hatte, in wenigen Wochen Heilung eintreten sah.

Hahn-Bremen.

Theoretische und klinische Studien über Ekzem, von Prof. Gamberini. (*Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.* 1891. Heft 1.) Eine Übersicht über die jüngeren Arbeiten über Ekzem ohne wesentlich neue Gesichtspunkte. *E. Fink-Hamburg.*

Über die Behandlung der Tinea tondens mit Chrysarobin nach der Unna'schen Methode, von Dr. A. Marianelli. (Aus der dermo-syphilodologischen Klinik des Prof. Pellizari zu Pisa). (*Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.* 1891. Heft 1.) In den „*Monatsh. f. prakt. Dermatologie*“ Bd. IX., Heft 24, pag. 543, gab Unna eine neue Methode der Behandlung der Trichophytia capitis mit Chrysarobin an und berichtete über sehr günstige Erfolge von dieser Medikation. In demselben Hefte berichtete von Sehlen über die Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchungen bei der Chrysarobinbehandlung der Trichophytie und kommt zu dem Schlusse, dafs dem Chrysarobin eine merklich parasidicide Eigenschaft bei dieser Krankheit zukommt.

V. hat nun in einer Reihe von Fällen von Herpes tonsur., welche auf der Klinik zu Pisa zur Beobachtung kamen, die von UNNA angegebene Methode ganz genau nach den von demselben gemachten speziellen Vorschriften ausgeführt. Das Resultat dieser Behandlung war aber durchaus nicht befriedigend, wie folgende Angaben zeigen.

Von 18 behandelten Fällen konnten 3 ausgeschieden werden, da hier die Behandlung wegen der durch dieselbe entstandenen Reizerscheinungen nicht zu Ende geführt wurden. Von den 15 übrig gebliebenen Fällen konnten nur bei einem einzigen eine Heilung konstatiert werden, und auch diese trat erst nach der vierten Behandlungsperiode ein. Die anderen 14 zeigten gar keinen Erfolg, trotzdem die Behandlung 4—8 Wochen fortgeführt worden war.

Dafs eine Heilung nicht zu stande gekommen, zeigte auch das Resultat der bakteriologischen Untersuchung, da man am Ende der Behandlung das Trichophyton immer noch auf dem gewöhnlichen Nährboden sich entwickeln sah.

Nach des Verfs. Erfahrungen wird das Chrysarobin auch meistens schlecht vertragen, besonders wenn man es länger als 4 Wochen anwendet.

E. Fink-Hamburg.

b. *der Cutis.*

Zur Therapie des Erysipel, von Dr. GOTTSTEIN. (*Therap. Monatsh.* 1891. No. 4.) Auf der inneren Klinik zu Göttingen wurden nach einem Bericht von WENDEROTH 10 Fälle von Erysipel mit 1‰ Sublimatlanolinsalbe mit günstigem Erfolge behandelt. V. berichtet über einen von ihm auf dieselbe Weise behandelten Fall. Derselbe betraf einen 56jähr. Patienten, der an einem Gesichtserysipel unter schweren Erscheinungen mit hohem Fieber und Delirien erkrankt war und bei dem nur energische Einreibungen von Sublimatlanolin 1 : 1000 und Wein angewandt wurden, wonach der Prozefs innerhalb 7 Tagen günstig verlief. Bei beginnenden Phlegmonen hat Verf. nie eine merkbare Wirkung des Sublimatlanolins gesehen, wohl aber bei kleineren frischen Wunden, welche unter dieser Schutzdecke per primam heilten.

L. Hoffmann-Berlin.

Elephantiasis congenita, von OTTO SCHLOSS. (Bonn, 1890. Dissert.) Bei einem 5½ Monate alten Kinde war bei der Geburt eine hühnereigrofse, weich elastische, mit der Haut verschiebliche Geschwulst oberhalb des rechten Fufsrückens aufgefallen, die exstirpiert wurde. Bald aber traten am ganzen rechten Bein und am Bauch ähnliche neue Schwellungen auf, und jetzt ist das ganze rechte Bein von einer beträchtlichen weich-elastischen Geschwulst eingenommen, innerhalb deren sich nur am Knie einzelne derbere Knoten fühlen lassen, ebenso finden sich am Bauche rechts mehrere, teilweise in einander übergehende Wulste von ziemlich derber Konsistenz. Man hat es mit einem Fall von El. lymphangiectodes zu thun. Verf. wendet sich dann unter Anführung der bisher veröffentlichten Fälle zur Besprechung der einzelnen Formen der angeborenen Elephantiasis, bei der aufser der erwähnten Form noch die mehr gewächsähnliche El. teleangiectodes, fibromatodes, neuromatodes zu unterscheiden sind. Der Schlufs der sehr ausführlichen und sorgfältigen Arbeit ist der Besprechung der Therapie gewidmet.

Hahn-Bremen.

BILLROTH berichtete in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte Wiens vom 27. Febr. 1891 (*Intern. klin. Rundschau* 1891, No. 10) über einen durch Tuberkulin geheilten **Fall von Aktinomykose.** Der 26jährige Patient litt an einer linksseitigen Infiltration der Bauchdecken, die abcedierte. Kommunikation mit der Blase, im Urin Aktinomyceskörner. Chirurgische Behandlung, Heilung; doch zugleich bildete

sich oberhalb des alten ein neues Infiltrat, das durch 15 Injektionen von **Tuberkulin** unter starken allgemeinen und lokalen Reaktionen vollkommen zum **Schwinden** gebracht wurde. Jetzt seit 4 Wochen kein Recidiv. *Hahn-Bremen.*

Regressive Ernährungsstörungen.

H. Müller demonstriert vor der Gesellschaft der Ärzte in Zürich (*Correspondenzbl. f. schweiz. Ärzte.* 1891. No. 1.) einen Fall von **Alopecia areata**, deren **Zusammenhang mit chron. Gonorrhoe**, an der Pat. leidet, ihm wahrscheinlich erscheint. Die Koïncidenz erscheint ihm deshalb nicht als zufällig, weil ihm noch 3 andere analoge Fälle bekannt sind. Ein anwesender amerikanischer Kollege wufste aus seiner Praxis ebenfalls 4 Fälle anzuführen. Der Zusammenhang der beiden Affektionen erscheint M. auf dem Wege des Reflexes durch Vermittlung des Sympathicus zu Stande zu kommen, wie auch schon Hebra darauf aufmerksam gemacht habe, wie verschiedene Harnröhrenläsionen auf reflektorisch-nervösem Wege gelegentlich angioneurotische Dermatosen (Urticaria, Erythem, Purpura) auf der Haut erzeugen können.
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Über die Hämorrhoiden und ihre Behandlung, von Adolf Berberich. (Bonn, 1890. Dissert.) Verf. berichtet in netter und zusammenfassender Weise, unter Anführung einiger Krankengeschichten, alles, was über Ätiologie, Symptome, Diagnose, Therapie etc. der Hämorrhoiden wünschens- und wissenswert ist, ohne etwas Neues zu bringen. *Hahn-Bremen.*

Als **rationelle Behandlung der Unterschenkelgeschwüre** empfiehlt Günther (*Correspondenzbl. f. schweiz. Ärzte.* 1891. No. 4) die Massage, ausgehend von dem Gedanken, dafs es sich beim Ulcus cruris um eine Störung der Ernährungs- und Resorptionsverhältnisse handelt, wozu diese Körperstelle besonders disponiert. G. geht in der Weise vor, dafs, nach Reinigung des Geschwürs (Einpuderung mit Salol und Talk ▪, event. Bespülung mit 2% Kreolinemulsion), zunächst die Umgebung desselben, die Wadengegend bis über die Kniekehle von den stagnierenden Produkten durch Massage befreit wird; hierauf werden die Ränder des Ulcus in Angriff genommen. Nach Entlastung der benachbarten Lymphbahnen läfst G. jeder Sitzung das Tapotement der infiltrierten Ränder folgen. Indem er diese Behandlungsweise durch Anlegen feuchter Verbände mit impermeabler Decke zwischen je zwei Sitzungen unterstützte, sah G. in kurzer Zeit die steilsten und starrsten Ränder sich abflachen und die Epithelproliferation in Gang treten. Ist letzteres einmal eingetreten, so werden Heftpflasterverbände appliziert, die als schützende Decke die Heilung herbeiführen. G. weist auf die öftere Gegenwart unterminierter Gänge in der Umgebung des Ulcus hin (erkenntlich an ihrer Schmerzhaftigkeit auf Druck), deren Behandlung (Incision, Desinfektion) ja nicht vernachlässigt werden darf. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Über Lupus erythematosus, mit besonderer Berücksichtigung der Therapie, namentlich mit Hydroxylamin, von Ewald Vobis. (Bonn, 1890. Dissert.) Da die Zahl der gegen Lupus erythematosus angegebenen Heilmittel ebenso reichhaltig ist, als die Krankheit Namen und Erklärungen gefunden hat, wie Verf. im Genaueren ausführt, und da bisher keins dieser Mittel nicht schon häufig im Stich gelassen hätte, so ist jeder therapeutische Versuch, der vielleicht eine sichere und bequeme Heilung unserer Erkrankung in Aussicht stellt, der Veröffentlichung wert.

Verf. schildert nun die an Doutrelepont's Klinik bei zwei Patienten angestellten Versuche mit Hydroxylamin; dasselbe wurde in neutralisierter 2—1‰ Lösung zweistündlich bis 2 × täglich aufgepinselt (indem man bei eintretender Reizung vom stärkeren zum schwächeren herabging). Als infolge der Pinselungen andauernd leichte Reizerscheinungen eintraten, erhielten die Patienten überfettete Hydroxylaminseife, deren Schaum eingerieben wurde. So wurde bei beiden Patienten eine bedeutende Besserung erzielt, (ebenso bei zwei Fällen aus Doutrelepont's Praxis) indem die Erhabenheiten schwanden, die Centralpartieen exquisit vernarbten und die Schuppung auf ein Minimum reduziert wurden. Natürlich soll mit diesen Beobachtungen kein abschliefsendes Urteil über den Wert der Hydroxylamintherapie bei L. eryth. gefällt werden. *Hahn-Bremen.*

Die Behandlung torpider Geschwüre mittelst Blechplättchen, von E. R. Moras. (*Med. News.* v. 13./XII. 1890.) Namentlich bei torpiden, lange bestehenden Geschwüren der Unterschenkel empfiehlt Verf. folgenden Verband mit Anwendung von Blechplättchen. Von gewöhnlichem Blech wird mit einer starken Scheere ein Stück in derselben Form wie das Geschwür nur etwas gröfser als dasselbe ausgeschnitten. Nachdem die scharfe Kante etwas umgebogen worden, wird das desinfizierte Geschwür mit Protektivsilk oder Guttaperchapapier bedeckt und die Blechplatte genau angepafst, so dafs sie den Rand des Geschwürs um etwa ¼ Zoll überragt. Einige über Kreuz (nicht das Bein kreisförmig umschliefsend) angelegte Heftpflasterstreifen dienen zur Befestigung. Hierüber kommt ein gewöhnlicher, leichter, antiseptischer Verband, den sich der Patient selbst erneuern kann. Verf. will mit dieser Methode auch bei sehr ungünstigen Fällen vorzügliche Heilungen erzielt haben.
Philippi-Nieheim.

Über Augenerkrankung bei Alopecia areata, von Dr. Louis Froelich. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1891. No. 14.) 2 Krankengeschichten mit maligner Alopecia areata, kompliziert mit Augenerkrankungen werden vom Verf. veröffentlicht, von denen die eine sich auf einen 40 Jahre alten Patienten bezieht, der bis zum 25. Lebensjahre vollkommen gesund war und sich eines sehr üppigen Haarwuchses sowohl am Kopfe als im Gesicht erfreute. Seit dem Jahre 1875 trat dann der Haarverlust ein, der zwar wieder sich ersetzte, dann aber im Jahre 1877 sich wieder derart einstellte, dafs der Patient zuerst die Kopfhaare, dann den Bart, sowie die übrigen Gesichtshaare, endlich diejenigen des Stammes und der Gliedmafsen verlor. Vor ca. 5 Jahren gesellte sich ein Augenleiden hinzu, und ergibt die jetzige Untersuchung rechts: Amaurosis totalis, Residuen einer Iridochoroiditis, links: Cataracta complicata, Iridochoroiditis. Patient klagt ferner über Ohren- und Kopfschmerzen, ist von deprimierter Stimmung und vor Kummer und schlechter resp. ungenügender Nahrungsaufnahme sehr heruntergekommen. Er behauptet weder Potator noch besonders starker Fumator gewesen zu sein; Lues wird in Abrede gestellt, dagegen ein Ulcus molle, ohne weitere Komplikation zugestanden. Ein Trauma auf dem Kopf hat nicht stattgefunden; auch scheinen keine nervösen Antecedentien vorzuliegen. Motilitäts- oder Sensibilitätsstörungen sind nirgends zu konstatieren.

Der 2. Fall betraf einen 41jähr. Patienten, der bis zum Jahre 1870 vollkommen gesund war, dann eine Augenentzündung hatte; im Jahre 1879 Schmerzen im linken Auge und allmähliche Abnahme des Sehvermögens auf diesem Auge. 1880 Beginn der Alopecie ohne Kopfschmerzen, 1885 totaler Verlust aller Kopfhaare. Inzwischen begann der Bart sich ebenfalls zu lichten, worauf ohne Ausschlag oder Jucken und dergleichen eine allgemeine und anscheinend definitive Calvities des ganzen Körpers eintrat. Das rechte Auge ist normal, das linke wird wegen zu heftiger Schmerzen

infolge einer chronischen Iridochoroiditis mit Verknöcherungsprozessen enukleier. Von Augenleiden bei Alopecia areata, sagt Verf., ist seines Wissens kein Fall bekannt, welcher mit den soeben beschriebenen Krankheitsbildern eine auch nur entfernte Ähnlichkeit hätte; in dieser Beziehung wären vielleicht zu erwähnen die Fälle von MAGNUS, von WICHERKIEWICZ, von SCHÜTZ, von NIEDEN u. a., die aber solche Augenerkrankungen nicht zeigten. *L. Hoffmann-Berlin.*

Idioneurosen.

Pruritus hiemalis, von MORAGA PORRAS (Santiago). (*Journ. des mal. cut. et syph.* Bd. II. S. 328.) Der Pruritus hiemalis ist eine in Chili häufig vorkommende Krankheit, die aber fast ausschliefslich im Winter auftritt. Sie besteht aus stundenlang andauernden Anfällen von heftigem Brennen und Jucken in der Haut, namentlich nachts, ohne nachweisbare objektive Veränderung. Irgend einen Mikrokokken konnte Verf. trotz eifrigen Suchens nicht entdecken. Dennoch glaubt er an die parasitäre Natur des Leidens. Die einzelnen Anfälle werden von stunden- bis wochenlangen freien Zwischenräumen unterbrochen. Hervorgerufen werden sie durch geringfügige Reize: Luftzug, frische Wäsche u. s. w. Sie befallen mit Vorliebe die Extremitäten und scheinen bei Frauen mit Geschlechtsleiden in Zusammenhang zu stehen.

Zu ihrer Bekämpfung haben sich dem Verf. Sublimat, Acid. salicyl., Cocain, Zincum benz. am wirksamsten erwiesen; daneben Watte-Einpackungen. Von der durch DUHRING empfohlenen Vaselin-Glycerin-Salbe hat er nicht viel Lobenswertes zu berichten. *Türkheim-Hamburg.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über Psychosen infolge von Masturbation, von JUL. MEYER. (*Strafsburg*, 1890. Dissertation.) Verf. kommt auf Grund von vier Krankengeschichten zu dem Schlusse, dafs ein specifisches onanistisches Irresein nicht vorhanden ist, *dafs aber in* sehr vielen Fällen der Verdacht auf Onanie als ätiologisches Moment berechtigt sein wird. Bei den meisten Geisteskrankheiten tritt Onanie als Symptom, als Folgeerscheinung oder auch ganz unabhängig von derselben auf. *Hahn-Bremen.*

Über den Defekt und die rudimentäre Entwickelung der Scheide, von JACQUES JACOBSSOHN. (Strafsburg, 1890. Dissertation.) Die Arbeit eignet sich nicht zum Referat. Sie bringt in übersichtlicher und kurzgefafster Weise alles *über obiges* Thema mit besonderer Berücksichtigung des Haematocolpos ex atresia vagin. und dessen operative Therapie, unter Anführung eines von FREUND operierten *Falles.*
Hahn-Bremen.

Die Hauptursachen der Harnbeschwerden alter Männer, von GUSTAV HAUSTAEDT. (Strafsburg, 1890. Dissertation.) Verf. bespricht die verschiedenen Theorieen, welche bisher zur Erklärung der Harnbeschwerden alter Männer aufgestellt sind, und kommt zu folgenden Schlüssen: Die im vorgerückten Alter entstehenden Harnbeschwerden bei Männern werden nicht allein durch Prostatahypertrophie bedingt, sondern beruhen auch auf Insufficienz der Blasenmuskulatur, die durch einen degenerativen Prozefs derselben hervorgerufen wird. Bei Prostatahypertrophie ist der Mechanismus der gehinderten Harnentleerung je nach Entwickelung der einzelnen

Lappen von Fall zu Fall ein verschiedener, in allen Fällen aber ist als Hauptfaktor für die Entstehung der Harnbeschwerden die Insufficienz der Gesamtheit der Blasenmuskulatur zu betrachten, die als Folge eines der Prostatahypertrophie analogen degenerativen Prozesses aufzufassen ist. Verf. stützt sich auf einen an Lücokes Klinik beobachteten Fall, bei dem seit 6 Wochen Unvermögen, spontan zu urinieren, bestand. Die Sectio mediana ergab keine Prostatahypertrophie. Die gröfste Menge Urin flofs nicht spontan durch den Katheter ab, sondern mufste mit der auf den Bauch gelegten Hand ausgepreſst werden; liefs man mit dem Druck auf den Unterleib nach, so wurde sofort Luft aspiriert. Der Tod erfolgte an Marasmus infolge von eitriger Cystitis. *Hahn-Bremen.*

Ein Beitrag zu den Mifsbildungen der Vagina und des Hymens, von Sachrendt. Greifswald 1890, Inaug.-Dissertation. Der erste von S. mitgeteilte Fall betrifft ein 20jähriges Mädchen, bei welchem infolge von Hymen imperforatum ein Haematocolpos und Haematometra bestand. Im zweiten Falle handelte es sich um eine 24jährige Frau, bei welcher ein Hymen cribriformis intactus und Gravidität im 3. Monat konstatiert wurde. *Peiper-Greifswald.*

Gonorrhoe und Komplikationen.

Der Neissersche Gonokokkus, von Dr. Anfuso. (*Riforma med.* 1891, No. 28.) Nachdem Verf. verschiedene vergebliche Kulturversuche von Gonokokkus auf Blutserum und Ascitesflüssigkeit gemacht hatte, erzielte er einen positiven Erfolg, als er die aus einem Hydrarthron entnommene Flüssigkeit zum Kulturboden verwendete. Diese Flüssigkeit wurde nach der Tyndallschen Methode sterilisiert und koaguliert. Die Kulturen, welche auf einer Temperatur von 37° gehalten wurden, boten 24 Stunden nach stattgefundener Impfung einen dünnen, feuchten, farblosen, hellen Streifen dar. Nach drei Tagen zeigten sich einige Anschwellungen in den Kolonieen. Diese Entwickelung geht schneller vor sich, wenn das Serum frisch koaguliert ist. Auf Gelatine blieb die Impfung immer erfolglos.

Die Form der Diplokokken dieser Kulturen gleicht der bekannten Diplokokkenform, die man in Eiterzellen findet.

Mit der 12. Generation dieser Kulturen impfte Verf. eine gesunde Harnröhrenschleimhaut. Zwei Tage darauf begann eine blennorrhagische Urethritis, die in gewöhnlicher Weise verlief. *Tommasoli-Modena.*

Weitere Mitteilungen über die mit dem Kochschen Heilmittel gewonnenen Erfahrungen.

1. Von Doutrelepont. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1891. No. 9.)

Derselbe stellte in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Bonn am 19. Januar d. J. 7 Fälle von teils als geheilt anzusehenden, teils in Heilung sehr vorgeschrittenem **Lupus** vor. Er hat bis dahin 37 an Hauttuberkulose leidende Patienten, und zwar 31 an Lupus und 6 an Skrofuloderma Leidende mit Tuberkulin behandelt. 4 Lupusfälle sind als geheilt entlassen worden, und zwar alle mit schöner, weifser und glatter Vernarbung ohne sichtbare Reste von Lupus. Von

Skrofuloderma sind 2 Fälle ebenso entlassen. Eine Dame, welche an **Drüsentuberkulose**, nebenbei seit 1½ Jahren an einer chronischen Infiltration des Bindegewebes an der inneren Seite des Oberschenkels litt, wird bald entlassen werden, da die Infiltration fast vollständig geschwunden ist, und die Patientin auf 3 Injektionen von 0,1 g Tuberkulin nicht mehr reagiert. Nach der Demonstration der 7 Lupusfälle macht D. noch einige Bemerkungen über den Befund histologischer Untersuchungen, die er an exzidierten Lupusstücken nach Kochscher Injektion gemacht hat. Das Material wurde von einem an **Lupus hypertrophicus non exulcerans** des Gesichts eines Patienten, welcher nur wenig fieberhafte und nur anfangs starke lokale Reaktion gezeigt hatte, gewonnen. Die erste Exstirpation wurde am 9. Dezbr., 24 Stunden nach der ersten Injektion von 1 mg gemacht, die zweite am 18. Dezbr., 24 Stunden nach der 6. Injektion von 5 mg, die dritte am 27. Dezbr., 24 Stunden nach der 14. Injektion von 3 cg, die vierte am 1. Januar 1891, nach der 22. Injektion von 1 dcg. Die Wunden heilten jedesmal per primam intentionem. Die exstirpierten Stücke wurden in Alkohol gehärtet und in Celloidin eingebettet; die Schnitte mit Lithionkarmin, Hämatoxylin, Vesuvin, nach Ehrlich, Ziehl-Neelsen, Weigert und Israel gefärbt.

Zuerst wurde an Schnitten der zuerst exstirpierten Stücke eine starke Abhebung der Hornschicht beobachtet, zwischen dieser und dem Rete Ansammlung von Exsudat mit vielen Leukozyten und hier und da einzelne Tuberkelbacillen. Das Rete Malpighii war durchsetzt von Exsudat mit Rundzellen, welche zwischen den Epidermiszellen lagen; an einzelnen Stellen wurde auch im Rete Bläschenbildung gesehen. Einzelne Schnitte, welche nach der Weigertschen Fibrinfärbung behandelt waren, zeigten in der Epidermis schon ein feines Netzwerk von Fibrinfäden, welches sich zuweilen bis in den Papillarkörper erstreckte. Ein ähnliches, aber gröberes Netzwerk wurde auch um einzelne Lupusknötchen sowie im subkutanen Bindegewebe beobachtet. Auch in der Mitte der Knötchen wurde Ansammlung von Fibrin gesehen. Die Gefäfse der Cutis waren erweitert, mit starker Rundzellenanhäufung umgeben; die Hautfollikel und Schweifsdrüsen zeigten auch starke Zelleninfiltration. Viel stärker als sonst bei Lupus wurde in allen Schnitten eine Zelleninfiltration um die Lupusknötchen nachgewiesen, welche hauptsächlich von einkernigen Leukozyten gebildet wurde, die mehrkernigen Zellen treten an Zahl sehr zurück. Mastzellen finden sich in sehr grofser Menge, aber nicht viel mehr als sonst. In den später exstirpierten Hautstücken liefsen sich die Leukozyten durch die Lupusknötchen hindurch verfolgen; sie bildeten gleichsam Stränge, welche die grofsen Knötchen in viele runde Abschnitte einteilten. Die Kerne der Rundzellen waren in allen Schnitten sehr dunkel gefärbt, während die epitheloiden und Riesenzellen die Farbe nur wenig annahmen; mitten in den Lupusknötchen wurden auch Spalten mit Exsudat gefüllt nachgewiesen.

Die Schnitte der zwei zuletzt exstirpierten Hautstücke zeigten ähnliche Veränderungen, die Knötchen waren nur noch mehr von den Leukozyten durchsetzt. Die Kerne der epitheloiden und Riesenzellen waren undeutlicher; das Protoplasma derselben wurde an einzelnen Stellen körnig beobachtet; die Kerne selbst, sowie die Zellen zerfallen. An mehreren Lupusknötchen wurden Züge von Spindelzellen, welche die Knötchen durchsetzten, beobachtet. Das tuberkulöse Gewebe, welches von denselben eingeschlossen war, nahm die Farbe kaum an und zeigte nur Reste von epitheloiden Zellen, die Kerne waren kaum zu erkennen, die Riesenzellen jedoch noch deutlich erkennbar.

2. Von Prof. Dr. Braun. (Ebenda. No. 11.)

Von 7 Lupösen ist nur eine vollständige Heilung zu stande gekommen, und

zwar handelte es sich um einen kleinen **Lupus**, der etwa 1 cm im Durchmesser zeigte. In einem zweiten Falle, in dem es sich um eine kleine lupöse Fläche auf der Dorsalseite der Hand gehandelt hatte, schien dieselbe eine Zeit lang ausgeheilt zu sein, dann zerfiel aber die Narbe zum Teil wieder und hat sich seitdem noch nicht wieder überhäutet. Bei einer anderen Patientin hat sich der Lupus trotz länger dauernder Behandlung sehr wenig geändert.

3. Von Prof. KRAUSE. (Ebenda. No. 11.)

Eine 22jährige Patientin leidet seit 4 Jahren an **Lupus der Nase**, des Zahnfleisches, der Zunge und des harten und weichen Gaumens. Nach den Injektionen schwollen die erkrankten Partieen aufserordentlich an, es traten auch Hämorrhagieen auf, das Geschwür an der Zunge vergröfserte sich fast um das doppelte. Weiterhin wurden sämtliche kranke Partieen nekrotisch und bedeckten sich überall mit grauen Belägen, nur die am Zahnfleisch nicht. Allmählich stiefsen sich bis auf wenige die grauen Beläge ab, die Geschwüre reinigten sich, das Geschwür an der Zunge ist mit einer seichten Vertiefung glatt vernarbt. Indessen fühlt man hier in der Tiefe noch infiltrierte Knoten, die vielleicht ein chirurgisches Eingreifen erforderlich machen werden. Das Körpergewicht, das innerhalb 3 Wochen um 12 Pfund abgenommen, hat sich neuerdings wieder um 4 Pfund gehoben. Die Gewichtsabnahme ist auf die in der ersten Zeit behinderte Nahrungsaufnahme infolge der Anschwellungen zurückzuführen. Am Gaumen sieht man jetzt an Stelle der lupösen Granulationen glatte Narben; etwas langsamer ist der günstige Verlauf am Zahnfleisch.

4. **Erklärung** des Dr. LIBBERTS. (Ebenda. No. 11.)

Bei der Herstellung des Tuberkulins kann nicht mit Sicherheit vermieden werden, dafs in seltenen Fällen vereinzelte Tuberkelbacillen in die Flüssigkeit gelangen. Aber diese Bacillen sind durch langdauernde Siedehitze abgetötet und daher vollkommen unschädlich. KOCH sagt zwar, dafs abgetötete Tuberkelbacillen unter die Haut gebracht, Eiterung erzeugen. Indessen gilt das nur von Aufschwemmungen von Kulturen, also von Tuberkelbacillen in aufserordentlicher Menge. Vereinzelte Exemplare derselben erzeugen örtlich keine Reaktion, ebensowenig allgemeine. In den Blutstrom können sie vom Unterhautzellgewebe nicht gelangen, es sei denn, sie wären direkt in ein Gefäfs injiziert. Das Tuberkulin reagiert stets alkalisch.

Im Anschlufs hieran teilt Dr. MEYER aus dem städtischen Krankenhaus am Urban mit, dafs Versuche an Tieren ergeben haben, dafs Impfungen an denselben in keiner Weise, weder allgemein noch lokal, von Erfolg gewesen sind. Demnach müssen die Tuberkelbacillen in dem Tuberkulin abgetötet sein.

L. Hoffmann-Berlin.

Die KOCHsche Lymphe bei Hauttuberkulose, von Prof. BARDUZZI. (*Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.* 1891. Heft 1.) Verf. kommt zu dem Schlusse, dafs das Tuberkulin eine wichtige Acquisition für die Dermatologie ist, dafs es aber noch einer langen und sorgfältigen Untersuchung bedarf, um exakte Indikationen aufstellen und die angemessenen Methoden angeben zu können. *E. Fink-Hamburg.*

Das KOCHsche Verfahren in der Dermatologie, von GEORGES THIBIERGE. (*Annal. de derm. et de syph.* 1891. pag. 53.) Der Artikel berichtet über den derzeitigen Stand der Frage in den verschiedenen Ländern. Zum Schlufs seines Berichtes, der eine umfangreiche Kenntnis der einschlägigen, bereits massenhaft angeschwollenen Litteratur verrät, bespricht T. mit wohlthuender Objektivität die Vorzüge und Nachteile des KOCHschen Heilverfahrens. *Türkheim-Hamburg.*

Erklärung der Figuren auf Tafel VI u. VII.

Fig. 1. Kutanes Atherom.
- a. Mündung des Atheroms, von einem Hornpfropfen verlagert.
- b. Papillen.

Fig. 2. Flächenbild des bindegewebigen Balges des Atheroms.

Fig. 3. Atherom von der Stirne eines 56jährigen Mannes.
- a. Grofse papillare Excrescenz, welche schon makroskopisch sichtbar war.
- b. Anschnitt einer etwas kleineren Papille.
- c. Anschnitt eines Haarfollikels.

Fig. 4. Flächenbild des Epithellagers eines taubeneigrofsen Atheroms. Dasselbe stammt vom Halse eines alten Weibes und zeigt ein ausgebildetes Leistennetz. Die von den Epithelleisten umkreisten Gruben entsprechen einem wohlausgeprägten Papillarkörper.

Fig. 5. Flächenbild des Epithellagers eines Atheroms vom Manubrium sterni. Erklärung im Texte No. XII.

Fig. 6. Kutanes Atherom von dem Bauche eines alten Weibes.
- a. Von dicker Stachelschicht bedeckte dünne Papillen.
- b. Von Hornmassen verlegte Mündung des Atheroms.

Fig. 7. Dermoidcyste von der Vola des rechten Mittelfingers eines 71jährigen Mannes.

Fig. 8. Dermoidcyste von der Stirne eines 3 Monate alten Kindes.
- a. Von Hornmassen verlegte Mündung der Cyste.
- b. Haarfollikel.
- c. Talgdrüsen.
- e. Papillen.
- f. Anschnitt einer langen und schräge im dicken Epithellager verlaufende Papille.

Fig. 9. Dermoidcyste vom Augenlide. Flächenpräparat des Epithellagers. (Erklärung im Texte No. XVIII.)

Fig. 10. Aus der Erweiterung des gemeinsamen Ausführungsganges des Haar- und Talgfollikels entstandene Cyste.
- a. Talgfollikel.
- b. Anschnitte des Haarschaftes.

Fig. 11. Komedo mit sehr stark erweitertem Infundibulum des Haarfollikels.

Fig. 12. Doppelkomedo.
- a. In den Komedogang mündende Haar- und Talgfollikel.

Fig. 13. Aknepustel vom Rücken. Erklärung s. im Texte.

Figg. 1 u. 5 sind bei Zeiss Obj. aa. Okular 0 gezeichnet, *Fig. 1* auf 1/4 der Tafel verkleinert.

Figg. 2, 3, 4, 6, 8, 9 mit Zeiss Obj. aa. Okular 1, *Fig. 6* auf 1/4 auf d. Tafel verkleinert.

Figg. 10, 11, 12, gezeichnet mit Reichert's Obj. 2, Okular 1 und auf 1/4 auf der Tafel verkleinert.

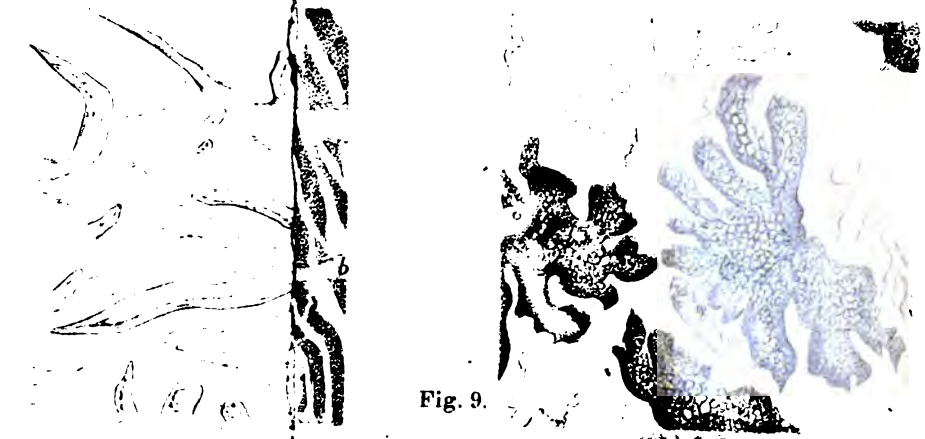


Fig. 9.

Fi

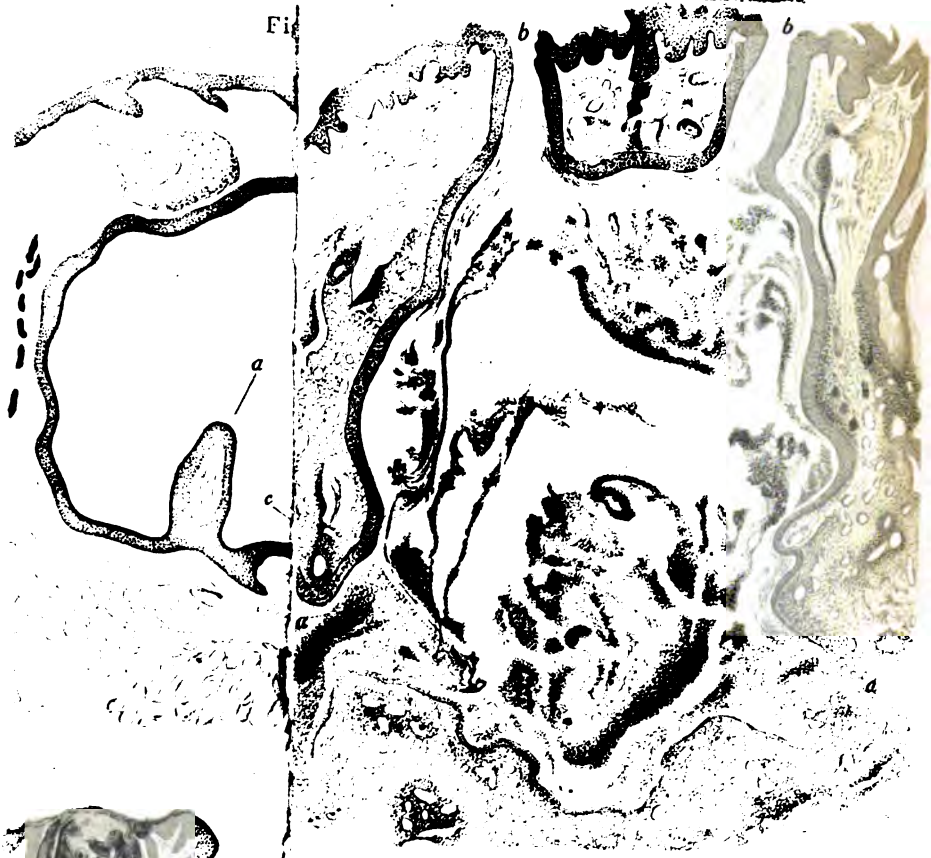


Fig. 11.

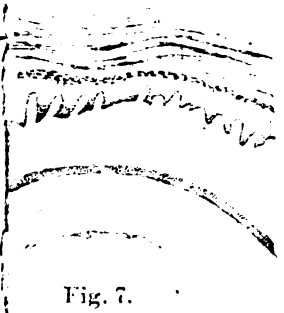


Fig. 7.

J.L.Colhoun fecit.

Fig. 10

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XII. No. 12. 15. Juni 1891.

Ein Fall von Striae et Maculae atrophicae nach Typhus abdominalis.

Von A. H. Ohmann-Dumesnil,

Professor der Dermatologie und Syphylidologie des St. Louis-College of Physicans and Surgeons.

Alle Textbücher der Dermatologie widmen den atrophischen Streifen und Flecken einige Aufmerksamkeit; aber da diese Affektionen unheilbar sind, so wird der ganze Gegenstand in ziemlich bündiger Weise abgethan, und aus diesem Grunde habe ich gedacht, es möchte eine Besprechung einiger der diesen Vorgang betreffenden Momente nicht ohne Interesse sein. Wie mir scheint, ist die Frage nach der Ätiologie des Prozesses ein Hauptgegenstand, der unsere Beachtung verdient. Hierbei gilt ebenso wie bei vielen anderen Erscheinungen die Thatsache, dafs obgleich mit ähnlichen Fällen identische Verhältnisse vorzuliegen scheinen, die Ursachen dennoch verschiedene sind und keinerlei Beziehung zu einander haben. Was die in Rede stehende Erkrankung betrifft, so hat man gefunden, dafs diese eigentümliche Form von Atrophie als Folge- oder Begleiterscheinung vieler akuter Erkrankungen auftritt. Aufserdem hat man zahlreiche andere Ursachen als ätiologische Momente bei der Entstehung dieses pathologischen Vorgangs beschrieben. Meistenteils boten aber die wenigen bisher publizierten Fäll nur geringe oder gar keine Beziehungen zu vorhergegangenen lokalen oder allgemeinen entzündlichen Vorgängen dar. Der einzige Fall, der mit dem jetzt zu beschreibenden irgend eine einigermafsen genaue Übereinstimmung bei einer detaillierten Beschreibung erkennen läfst, ist derjenige, den Dr. Francis T. Sheperd vor einiger Zeit veröffentlicht hat, wenn auch von verschiedenen Autoren auf andere Fälle ähnlicher Art allerdings bereits hingewiesen worden ist. Ohne weitere Einleitung werde ich jetzt den Fall, der zur Abfassung dieser Abhandlung den Anlafs gegeben hat, des Genaueren beschreiben, indem ich eine Besprechung der Ätiologie dieses Hautleidens bis nach derselben reserviere. Die Details sind nun kurz folgende:

Krankengeschichte: — Am 11. März 1891 konsultierte mich Herr S. wegen einer auf den vorderen und oberen Teilen der Oberschenkel lokalisierten Keratosis pilaris. Er sagte aus, dafs er 30 Jahre alt sei, unverheiratet. Zur Zeit der Untersuchung beschäftigte er sich als Student der Medizin. Bei der Aufnahme des Status

bemerkte ich eben oberhalb der Kniee einige atrophische Streifen und Flecke, und auf Befragen ergab sich der folgende Bericht:

Anamnese: — Der Patient gab an, er sei ungefähr am Ende des ersten Lebensjahres an einem ziemlich heftigen Anfall von Diphtherie erkrankt gewesen. Nach dem Überstehen desselben blieb als Folge der Krankheit eine Affektion des linken Beines zurück. Dieselbe bestand in einer ungefähr ein Jahr andauernden Lähmung, nach welcher die Muskeln in einem mehr oder weniger atrophischen Zustand verblieben. Mit 12 Jahren (im Frühjahr 1873) acquirierte er Abdominaltyphus. Die Krankheit nahm einen ziemlich heftigen Charakter an und dauerte zwei Monate. Unter den sich einstellenden Komplikationen waren Darmblutungen und ein grofser Dekubitus von bösartigem Charakter, wodurch eine bedeutende Zerstörung der Gewebe herbeigeführt wurde. Das Geschwür brauchte fünf Monate bis zur Heilung. Die atrophischen Streifen und Flecke bemerkte der Patient erst, als er wieder zum Bewufstsein zurückkehrte. Alsdann hatten sie seiner Beobachtung nach dieselbe Beschaffenheit wie jetzt in Bezug auf Gröfse und Gestalt. Die Farbe dagegen deutete auf einen Kongestionszustand, denn die Läsionen waren und blieben ungefähr ein Jahr lang von purpurroter Färbung. Es wurde ferner angegeben, dafs im Verlaufe der Krankheit der Patient im Zustand der Bewufstlosigkeit an heftigen und hochgradigen Kontrakturen der Beine gelitten hatte, und dafs ganz erhebliche Gewalt hatte angewandt werden müssen um sie gerade zu strecken. Zu diesem Zwecke hatten die Wärter ihre Hände auf die Oberschenkel unmittelbar oberhalb der Kniee aufgesetzt und gleichzeitig die Sprunggelenke umfafst, um auf diese Weise die Extremitäten gerade zu machen.

Status praesens: — Patient ist von blondem Teint und hagerer Statur, etwas über fünf Fufs zehn Zoll grofs. Der Haarwuchs ist gut entwickelt; die Thätigkeit der Organe ist etwas träge, und die Verdauung ist nicht sehr energisch. Die Inspektion ergiebt, dafs das linke Bein (dasjenige, welches paralytisch affiziert gewesen war) kleiner als das andere ist. Es ist auch weniger kräftig als dasselbe. Die Mm. peronei externi sind paretisch, wodurch ein geringer Grad von Varusstellung verursacht wird, indem der Fufs etwas nach innen rotiert wird, und die Zehen sich mehr als normal der Mittellinie zuneigen. Die atrophischen Streifen und Flecke verteilen sich ungefähr folgendermafsen über die Haut. Auf der rechten Hüfte sind oberhalb des Kniees fünf atrophische Streifen zu sehen, und auf der linken sind deren vier deutlich zu erkennen. Aufserdem finden sich einige atrophische Flecke zwischen den Streifen verteilt. Die Streifen sind vier bis fünf Zoll lang und beinahe wenn nicht ganz einen halben Zoll breit an dem mittelsten Teile; gegen jedes Ende zu werden sie schmäler und endigen schliefslich scharf punktförmig zugespitzt. Sie sind von ausgesprochen weifser Farbe, unter das Niveau der umgebenden Haut eingezogen und bieten im allgemeinen das eigentümliche pseudonarbige Aussehen, das für Läsionen dieser Art charakteristisch ist, dar. Die Maculae sind annähernd rundlich und von der Gröfse eines Fünfcents-Nickelstücks oder einer silbernen Dime (etwa einem Fünfpfennigstück gleich). Wenn man die Unterschenkel beugt und somit die Haut spannt, so wird dadurch das charakteristische Aussehen der Atrophie deutlicher und leichter erkennbar gemacht. Die übrigen Teile der Haut zeigen auch bei sorgfältiger Betrachtung keine weiteren Stellen derselben Art, es sind vielmehr die eben genannten und in der beigegebenen Abbildung dargestellten Gebiete die einzigen, welche in dieser Weise affiziert sind. Auf den Oberschenkeln findet sich im allgemeinen zwar ein gut entwickelter Haarwuchs, aber auf den atrophischen Streifen und Flecken finden sich gar keine Haargebilde irgend welcher Art.

Trotz wiederholten Befragens war irgend ein etwa stattgehabtes Längenwachstum während der Rekonvalescenz nach dem Abdominaltyphus nicht nachzuweisen. Da dieses aber, namentlich im Pubertätsalter, ein ganz gewöhnliches Vorkommnis ist, so kann man der Aussage des Patienten in dieser Beziehung nur wenig Gewicht beilegen.

Ähnliche Fälle wie der eben beschriebene sind nicht in gröfserer Anzahl mitgeteilt worden.

Touton[1] erwähnt einen 57jährigen Mann, bei welchem die atrophischen Streifen im 35. Lebensjahr sich zu entwickeln anfingen und unter langsamem Aufwärtskriechen die oberen und unteren Extremitäten involvierten.

Buchwald[2] hat einen Fall, einen 30jährigen Mann betreffend, beschrieben, bei dem der Prozefs ohne erkennbare Ursache im 20. Lebensjahr begonnen hatte. Die Erkrankung war anfangs an den Knieen lokalisiert und breitete sich allmählich nach aufwärts weiter aus.

Bradshaw[3] hat bei einem 13jährigen Mädchen einen ähnlichen Fall beobachtet. Die Affektion bestand in atrophischen Streifen auf dem unteren Drittel der Oberschenkel und auf den Kniescheiben, etwa fünf oder sechs an der Zahl. Dieselben waren symmetrisch verteilt und liefen an beiden Enden spitz aus, so dafs sie punktförmig endeten. Sie umfafsten ungefähr ein Drittel des Umfangs der Extremität. Es ist ferner zu bemerken, dafs sie in paralleler Richtung zu einander gestellt waren.

Des Weiteren hat Bouchard[4] Fälle dieser Art verzeichnet, und seine diesbezüglichen Bemerkungen, auf welche ich weiter unten zurückkommen werde, erscheinen sehr plausibel.

Troisier[5] hat die Affektion bei Kindern und anderen jugendlichen Personen nach Abdominaltyphus beobachtet.

Wilks[6] schildert einen Fall bei einem 18jährigen Mädchen, dessen ganzer Körper, namentlich aber die Beine, diese Streifen darboten. Die Einzelheiten sind nicht sehr genau wiedergegeben, und man kann aus diesem Grunde nur sehr unvollkommene Schlüsse daraus ziehen. Bei einem anderen Fall desselben Autors ist zwar eines vorhergegangenen fieberhaften Zustandes keine Erwähnung gethan, aber die Abbildung zeigt einen typischen Fall von linearer Atrophie der Haut an den Knieen bei einem 19jährigen Knaben. Der Patient befand sich wegen Tuberkulose des Kniegelenks im Krankenhause, als Wilks diese Beobachtungen machte.

Shepherd[7] bat einen mit dem meinigen fast identischen Fall abgebildet und eingehend beschrieben. Der Patient war ein 15jähriger Knabe,

---

[1] *Deutsche med. Wochenschr.* 1886. No. 1.
[2] *Vierteljahrsschr. f. Derm. und Syph.* 1883. Heft 4.
[3] *Brit. med. Journ.* July. 1888.
[4] *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris.* No. 1. 1886.
[5] *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux.* No. 12. 1888.
[6] *Guys Hospital Reports.* 1861. 3rd. Series. Vol. VII.
[7] *Journ. of cutan. & genito-ur. dis.* Febr. 1891.

der einen schweren Typhus mit verschiedenen Nachkrankheiten durchgemacht hatte. Ungefähr zwei Monate später „wurden eigentümliche, quer verlaufende, farbige Streifen oberhalb der Kniee an beiden Oberschenkeln bemerkt". Die Läsionen verliefen in horizontaler Richtung parallel zu einander und endigten, sich stark verjüngend, auf beiden Seiten punktförmig. Die längste war sechs Zoll lang und einen halben Zoll breit an der breitesten Stelle. Solche Streifen fanden sich auch über den Kniescheiben, und es wurden daneben auch mehrere eingezogene Stellen konstatiert. Die Striae waren von bläulich purpurner Farbe und ähnelten den nach Verbrennungen entstehenden Narben. Noch während der Zeit, dafs der Patient sich unter Beobachtung befand, stellten sich frische Flecke und Streifen ein. Bevor der Knabe das Hospital verliefs, „hatten die älteren Striae eine entschieden hellere Färbung angenommen". Ein erstes Stadium von anscheinender Hypertrophie war bei der Entwickelung dieser Gebilde nicht zu konstatieren.

Die Ursache dieser atrophischen Linien ist durchaus nicht ohne Interesse, besonders auch wegen der Unsicherheit und Dunkelheit, in der sich die Sache zu verhüllen scheint. Frank[8] war der erste, der folgende, späterhin auch von Wilson[9] acceptierte Einteilung dieser Gebilde aufstellte; er unterscheidet, kurz gesagt, die Striae atrophicae matrum, hydropicorum und obesorum, oder mit anderen Worten, die durch Gravidität, durch Ödem, durch Fettanhäufung bedingten atrophischen Streifen, welche alle unter der allgemeinen Bezeichnung der Striae atrophicae traumaticae zusammengefafst werden können. Neben dieser Gruppe unterscheidet Wilson die zwei Klassen der Striae atrophicae idiopathicae und neuroticae.

Die Ursache der traumatischen lineären Atrophie ist unbestreitbar die Dehnung des Integuments, welche auf verschiedenen dieselbe bedingenden Ursachen beruhen kann. Aus diesem Grunde werden derartige Läsionen hauptsächlich am Abdomen, an den Oberschenkeln und den Hüften beobachtet sowie an den Brüsten bei Weibern und über den von Tumoren eingenommenen Stellen.

Bei den idiopathischen und nervösen Formen ist die Ursache nicht so klar erwiesen. Wir haben es hier mit einem langsam sich entwickelnden, schleichenden Prozefs zu thun, der unvermerkt anfängt und während längerer oder kürzerer Zeit stetig fortschreitet, bis schliefslich die Periode der Aktivität aufhört.

Die neurotische Form hat ihren Namen daher, dafs die atrophischen Streifen anscheinend dem Verlaufe der Hautnerven sich anschliefsen, wie

---

[8] Frank, *Die Hautkrankheiten*. Dritter Teil. Leipzig 1843.
[9] *Journal of cutaneous Medicine*. London 1868.

dies von TAYLOR[10] an einem von ihm beobachteten Fall, der eine seltene aber deutlich charakterisierte Form dieses eigentümlichen Leidens darstellt, so klar beschrieben worden ist. Für ihn handelt es sich bei dem von ihm veröffentlichten Fall um die Frage, „ob der allgemeine Schwächezustand bei der Entstehung der Zerreifsungen in der Haut irgend eine Rolle gespielt habe. Mit anderen Worten war die Haut des Weibes infolge der Ernährungsstörungen und der Sistierung normaler Vorgänge für solche Änderungen empfänglicher geworden?"

Es haben verhältnismäfsig nur sehr wenige Autoren irgend eine bestimmte Ansicht über die Ätiologie atrophischer Streifen und Flecke geäufsert. So werden sie z. B. von HILLER[11] einfach kurz erwähnt, als „quere Streifen von elliptischer Gestalt, welche in der Mitte am breitesten sind und noch an beiden Seiten spitz zulaufen. Man hat sie am häufigsten auf den unteren Extremitäten angetroffen, seltener auf dem Stamm".

Vor allen Autoren, welche sich über diese Frage überhaupt ausgesprochen haben, stimmen bei weitem die meisten zu Gunsten eines nervösen Ursprungs. So erklärt SCHWIMMER den Prozefs für einen auf trophoneurotischer Basis beruhenden.

TILBURY FOX und T. COLCOTT FOX[12] schreiben in ihrer Besprechung der idiopathischen Atrophie, dafs „dieselbe gewöhnlich die lineäre Form annimmt, auf gewisse Körperteile beschränkt ist und wahrscheinlich durch irgend welche Innervationsstörung entsteht".

CROCKER[13] sagt „WILSONS Fälle und die vorherige Hyperämie bei einigen anderen lassen das Vorhandensein eines tropho-neurotischen Ursprungs einigermafsen wahrscheinlich erscheinen. Wenigstens gilt dieses für eine gewisse Anzahl von Fällen, und es wird auch diese Ansicht von SCHWIMMER energisch verteidigt".

PRINGLE[14] äufsert sich, wie folgt: Striae atrophicae sind ihrer ganzen objektiven Beschaffenheit nach den Lineae albicantes ähnlich, jedoch ist die Ätiologie derselben nicht aufgeklärt. Sie kommen am häufigsten an den Nates und Oberschenkeln vor und beruhen wahrscheinlich auf Störungen der Innervation".

SHEPERD[15] sagt in mehr direkter Beziehung auf die nach Typhus sich entwickelnden atrophischen Streifen und Flecke, dafs die Ursache ziemlich schwer zu bestimmen sei, dafs aber „es sowohl möglich als auch plausibel erscheint, dafs sie durch Dehnung der Haut infolge des rapiden Wachstums entstehen".

---

[10] *New-York medic. Journal.* 1886. Jan. 2.
[11] *Handbook of Skin diseases.* 1870.
[12] *Epitome of Skin diseases.* 1876.
[13] *Diseases of the Skin.* 1888.
[14] *A dictionary of practical Medicine.* Edited by JOS. KINGSTON FOWLER. 1890.
[15] loc. cit.

In Bezug hierauf sagt BOUCHARD[16], der vordere Teil des Oberschenkels über der Patella und der untere Teil des Oberarmes über dem Olekranon sind der Sitz dieser stets transversalen, in der Rekonvalescenz nach Typhus während des bei jugendlichen Individuen zur Zeit der Abnahme der Krankheit sich häufig einstellenden rapiden Wachstums sich entwickelnden Affektion. Dies ist dadurch bedingt, dafs die Haut nicht so schnell wächst wie die Knochen.

Bei der Betrachtung des von mir beschriebenen Falles fällt zunächst auf, dafs hier sowohl ein allgemeines Darniederliegen des Organismus im allgemeinen als auch speziell eine Depression des Nervensystems vorlagen. Die natürliche Folge davon war, dafs alle Gewebe in einem Zustand sich befanden, in welchem ihre Widerstandskraft erheblich unter die Norm herabgesetzt war. Dieses würde uns darauf hinlenken, dafs die mögliche und vielleicht sogar wahrscheinliche Ursache der atrophischen Linien gemischter Art gewesen sei. Das will heifsen, es fand hier eine Vermischung der traumatischen und der tropho-neurotischen Momente statt, indem die Läsionen wegen der verminderten Güte der betroffenen Gewebe sich um so leichter ausbildeten. Während einerseits die quer verlaufenden Streifen auf die Wahrscheinlichkeit einer durch das Wachstum bedingten traumatischen Ursache hinzuweisen scheinen, können andrerseits die Maculae als Beweise eines neurotischen Ursprungs trophischer Art aufgefafst werden.

Die äufseren Merkmale der Striae atrophicae sind trotz der diesbezüglichen Behauptung von PRINGLE denen der Lineae albicantes nicht ähnlich. Bei der ersteren haben wir es mit breiteren Gebilden, welche eine einzige ungebrochene Linie bilden, zu thun, während bei den letzteren die Streifen verhältnismäfsig schmal sind und, wie es scheint, aus einer Anzahl von kurzen Linien, welche eine längere, unterbrochene und etwas unregelmäfsige Reihe bilden, zusammengesetzt sind. Aus diesem Grunde ist man wohl berechtigt anzunehmen, dafs eine verschiedene Ursache der Entstehung dieser beiden verschiedenen Erscheinungen zu Grunde gelegen habe.

Eine gewisse Stütze findet diese Auffassung, dafs die Ursache dieses atrophischen Vorgangs gemischter Art sei, in den klinischen Beobachtungen einer Anzahl französischer Autoren. Bei den Beschreibungen ihrer Erfahrungen in Bezug auf Pneumonie findet sich nämlich die Bemerkung, dafs nach schwereren Erkrankungen dieser Art an den Seiten des Thorax gelegentlich atrophische Stellen (vergetures) auftraten. Es ist nun eine wohlbekannte Thatsache, dafs eine derartige intensive akute Erkrankung wie die Pneumonie eine deprimierende Wirkung ausübt.

[16] *Bulletin de la Société clinique de Paris.* 1886. No. I.

Aufserdem ist dabei eine entschiedene Störung des gesamten Nervensystems zu konstatieren, und es wäre dieses im Verein mit der allgemeinen Depression wohl imstande sich durch eine Hautatrophie zu dokumentieren. Ein weiteres Zeichen, welches als Beweis für die Beteiligung der Nerven bei der Entstehung dieser Läsionen angeführt werden kann, ist der Umstand, dafs die Atrophie in Gestalt von rundlichen oder elliptischen Flecken auftritt und somit sich ziemlich genau der Form anschliefst, welche den von den Endigungen der Nervenfasern versorgten Gebieten zukommt. Es giebt ja auch andere umschriebene Hautatrophieen, welche nachgewiesenermafsen auf gewissen, an den Veränderungen im Gewebe der Nerven selbst erkennbaren Nervenstörungen beruhen. Es würde also auch diese morphologische Analogie noch dazu beitragen das Vorhandensein einer ähnlichen oder wenigstens einer analogen Ursache zu beweisen.

Sehr willkommene Aufklärung über diese Verhältnisse würde man höchstwahrscheinlich aus der mikroskopischen Untersuchung einschlägiger Fälle gewinnen können. Die einzigen Untersuchungen, die bisher angestellt worden sind, betrafen atrophische Streifen von unzweifelhaft traumatischem Ursprung, bei denen die ursächliche mechanische Dehnung der Haut sicher nachgewiesen werden konnte. Eine Verfärbung des Integuments, wie dieselbe an den idiopathischen Fällen beobachtet wird, war bei diesen Fällen niemals vorangegangen. Es ist mehr als wahrscheinlich, dafs derartige Zustände rein atrophischer Art sind, und die wahre Lösung der Frage wird unzweifelhaft erst durch eine gründliche und eingehende mikroskopische Untersuchung der mit diesen Läsionen in anatomischem Zusammenhang stehenden Nerven herbeigeführt werden können.

(Übersetzt von Dr. Philippi-Nieheim.)

Heilung eines Falles von Kankroid der Wange durch Pyoktanin.

Von Dr. v. Sehlen,
Spezialarzt für Hautkrankheiten in Hannover.

In der Sitzung vom 29. April d. J. des ärztlichen Vereins zu Hannover konnte ein Fall von ulzerierendem Gesichtskrebs vorgestellt werden, der unter Anwendung von Pyoktanin geheilt war.

Der Patient, ein 70jähriger Mann, kam zu Anfang des Jahres in Behandlung mit einem etwa 10pfennigstück grofsen, ulzerierenden Tumor auf der Mitte der rechten Wange, der sich als derber, höckeriger Knoten ni die Tiefe bis dicht an den Knochen erstreckte, aber nicht fest damit

verwachsen war. Die Halslymphdrüsen waren nicht vergrößert, das Allgemeinbefinden ungestört.

Die Affektion war vor einigen Monaten an der Stelle einer kleinen Narbe aufgetreten und hatte sich langsam und fast schmerzlos entwickelt. Der Verdacht auf Karzinom wurde durch das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung von frischen Gewebspartikelchen bestätigt, welche dichtgeschichtete Epithelzapfen in einem derben, an elastischen Fasern reichen Bindegewebe eingelagert zeigten. Zur Sicherung der Diagnose wurde ein kleines Stück der Randpartie tief im Gewebe excidiert.

Von einer Radikaloperation wurde bei dem Alter des Patienten zunächst abgesehen, weil der Zustand des Tumors dieselbe nicht unmittelbar erforderte, und weil ihre Ausführung immer noch rechtzeitig geschehen konnte, falls die eingeschlagene Behandlung nicht zum Ziele geführt hätte. Vielmehr erschien der Fall zur medikamentösen Behandlung sehr geeignet.

Zunächst wurde die von Unna bei Karzinomen seit länger geübte und von Boeck[1] für gewisse Formen des Hautkrebses empfohlene Resorcintherapie versucht, obwohl hier kein eigentliches Ulcus rodens vorlag, bei dem das Resorcin sich nach Mitteilung der genannten Autoren besonders bewährt hat.

Unter Resorcinpflastermull bei Tage, abwechselnd mit 2—5 % Resorcinwasserkompressen bei Nacht, reinigte sich zwar der Geschwürsgrund, zeigte aber während mehrwöchentlicher Beobachtung keine entschiedene Tendenz zur Verheilung. Von der unteren Seite her schob sich eine kleine Epidermisinsel gegen die Mitte des Ulcus vor; dasselbe besaß aber gegen Ende Januar noch fast genau dieselbe Größe wie anfangs von 1,5 zu 2,0 cm Ausdehnung. Gleichzeitig schien die Infiltration in die Tiefe vorzudringen; auch die Stelle der Excision füllte sich allmählich statt des weicheren, anfänglich gebildeten Granulationsgewebes mit derbem, höckerigem Gewebe aus. Am 9. Februar maß die Geschwürsoberfläche 2,0 cm im horizontalen zu 0,9 bis 1,4 cm im vertikalen Durchmesser, während die Mitte des Ulcus nur 0,5 cm breit war, so daß dasselbe eine bohnenförmige Gestalt angenommen hatte.

Um eine stärkere Tiefenwirkung und Erweichung des harten Grundgewebes herbeizuführen, wurde der 3 % Resorcinlösung noch 0,5 % acidi salicylici und 10 % Glycerin zugesetzt. Darunter verkleinerte sich die Oberfläche in 14 Tagen um etwa 1 mm in jedem Durchmesser.

In der Hoffnung die Heilung beschleunigen und zugleich intensiver auf die tieferen Teile der Geschwulst einwirken zu können, wurde nunmehr Resorcin in Substanz mit gleichen Teilen Salol aufgetragen, so

[1] vgl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* XII. 1891. S. 173.

dafs die Vertiefung ganz damit ausgefüllt war, und die Fläche mit Ichthyolpflastermull und Leimverband abgeschlossen.

Diese forcierte Resorcinbehandlung erwies sich als sehr schmerzhaft und hatte einen ganz entgegengesetzten Effekt insofern als darunter ein ziemlich lebhafter Zerfall des Tumors eintrat. Am 3. März hatte sich das Geschwür auf 2,5 cm zu 1,9 und 1,4 cm vergröfsert; die schon überhornte untere Partie war wieder völlig zerstört worden, so dafs die Gestalt sich mehr der Kreisform näherte; die Absonderung war relativ reichlich, aus der Tiefe des Geschwürsgrundes stiefsen sich nekrotische Fetzen ab.

Diese konträre Wirkung des Resorcins in starker Konzentration erscheint für weitere Versuche mit dem Medikamente von Wichtigkeit, da auf die Art der Anwendung offenbar ein Hauptgewicht gelegt werden mufs.

Nach diesen im ganzen wenig befriedigenden Ergebnissen der Resorcinbehandlung wurde nunmehr mit der Anwendung von Pyoktanin vorgegangen auf Grund der von Mosetig[1] empfohlenen Behandlung maligner Tumoren mit dem Mittel, dessen günstige Wirkung bisher vorwiegend an Sarkomen konstatiert war. Bei der geringen Ausdehnung der Geschwulst wurde auf Injektionen nach der von Mosetig angegebenen Methode verzichtet und statt dessen das Mittel in Substanz aufgetragen. Die Applikation war anfangs aufserordentlich schmerzhaft, so dafs zur Linderung vorübergehende Cocainantipyrin-Umschläge erforderlich wurden. Ichthyolpflastermull und Zinkleim dienten zum Abschlufs des Verbandes. Bei der Erneuerung desselben wurde die Geschwürsfläche zuerst mit Jodoformborsäurepulver ausgetupft, wodurch die Schmerzhaftigkeit sich erheblich verminderte.

Schon nach fünf Tagen war die Sekretion beträchtlich verringert, das Geschwür erschien im ganzen abgeflacht und hatte sich auf 2,3 : 1,8 : 1,3 cm verkleinert. Der Geschwürsgrund zeigte sich andauernd tief dunkelviolett gefärbt, weshalb die Erneuerung des Verbandes nur zweimal, späterhin nur einmal wöchentlich vorgenommen zu werden brauchte, weil noch genug wirksame Substanz zurückblieb. Dabei verkleinerte sich die Geschwürsfläche zusehends. Am 23. März betrug die Ausdehnung 1,6 : 1,4 : 1,1 cm, am 16. April 0,5 : 0,6 : 0,8 cm und am 23. April wurden nur noch 0,3 : 0,5 : 0,6 cm gemessen.

Die Überhornung erfolgte vorwiegend von den Seiten aus, so dafs der mittlere Durchmesser, der anfangs der kleinste gewesen war, nun die gröfste Ausdehnung besafs. Vom Geschwürsgrunde lösten sich beim jedesmaligen Verbandwechsel dunkelblaue, bröckelige, trockene Massen ab,

[1] Vgl. Mosetigs Vortrag in d. Ges. d. Ärzte Wiens. 30. Jänner 1891. (Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* XII. 1891. S. 369.)

welche mikroskopisch als Zellenhaufen von ausgesprochen epitheloidem Charakter sich erwiesen. Gleichzeitig wurde auch die Härte in der Tiefe geringer, so dafs zur Zeit der Krankenvorstellung im ärztlichen Verein das Bild der ursprünglichen Affektion fast nur noch an der leicht verfärbten Narbe zu erkennen war, die mit einem wenig erhabenen Saume gegen die gesunde Umgebung sich absetzte.

Zu Anfang Mai war auch die letzte damals noch nach Millimetern messende Ulzerationsfläche völlig glatt überhornt, so dafs der Fall bis auf weiteres als geheilt entlassen wurde.

Über den weiteren Verlauf, sowie über das Ergebnis der histiologischen Untersuchung der Probeexcision soll späterhin ausführlich berichtet werden. Die vorläufige Untersuchung von Schnittpräparaten der Geschwulst ergab einen typischen Krebsbau von scirrhösem Charakter. Die Veränderung des Ulcus wurde durch eine Reihe fortlaufender photographischer Aufnahmen fixiert.

Vorbehaltlich der weiteren Befunde, erscheint jedoch die Annahme einer Heilung des Krebses durch das Pyoktanin aus klinischen Gründen erwiesen und dadurch die vorläufige Mitteilung des Ergebnisses gerechtfertigt, die mehr zu weiteren Versuchen anregen als ein endgültiges Urteil über den Wert der eingeschlagenen Behandlung abgeben soll.*

---

* Auf meine Veranlassung hat die Firma Beiersdorff & Comp. in Altona Pyoktaninpflastermulle in Art der Unnaschen Guttaperchapflastermulle von bekannter Güte hergestellt, die für Versuche mit der äufseren Applikation des Pyoktanins wegen der bequemen und reinlichen Anwendungsweise sich besonders empfehlen.

Vorlesungen über den Lupus.*

Von

H. Leloir.

(*Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.* Bd. II. S. 193 ff. u. Bd. III. S. 1 ff.)

(Fortsetzung u. Schluſs.)

Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.

C. Ulzeration. — Lupus exedens.

Der lupöse Prozeſs geht häufig in Ulzeration aus; alsdann spricht man von L. ulcerosus oder L. exedens. Die Ulzeration tritt zuweilen schon sehr frühzeitig, zuweilen erst nach recht langem Bestand des Lupus auf. Der Ulzerationsprozeſs selber ist meistens ein chronischer, nur selten ein subakuter oder akuter, oder gar ein galoppierender (L. phagadaenicus).

Bei manchen Lupusformen besteht von vornherein eine groſse Neigung zum Zerfall, so beim schnell wachsenden Lupus mit groſsen, hervorragenden, vaskularisierten, weichen Tuberkeln, der mit Vorliebe in der Mitte des Gesichts sitzt. Jene Formen dagegen, mit kleinen, flachen, harten Tuberkeln, auf der Wange, am Rumpf, an den Extremitäten ulzerieren fast niemals.

Woher dieser Unterschied im Verlauf eigentlich stamme, ist schwer anzugeben; die meisten darüber aufgestellten Vermutnngen vertragen keine ernste Kritik.

Von allen Körperteilen befällt der Lupus am liebsten das Gesicht, und hier ulzeriert er ceteris paribus auch am häufigsten, oder verwandelt sich gar in einen L. phagadaenicus. Da nun äuſsere Einflüsse zuweilen eine Reizung und Entzündung der Haut in der Nachbarschaft der Tuberkel bewirken können, so ist es möglich, daſs auch äuſsere Eingriffe manchmal eine gewisse Rolle bei der Ulzeration des Lupus spielen. Immerhin sind das aber nur nebensächliche Momente, die man keineswegs bei jedem zerfallenden Lupus antrifft. Dagegen möchte ich darauf hinweisen, daſs, wie bei der Lepra, auch der Lupus derjenigen Hautteile, die wie Gesicht und Hände, am meisten der Luft ausgesetzt sind, vielmehr Neigung zum Zerfall aufweist, als der Lupus der bedeckten und vor äuſserer Einwirkung geschützten Teile (Rumpf, Arme, Schenkel, Gesäſs).

Verschiedene Autoren, u. a. auch Lailler und Mathieu sprechen dem Temperament des Patienten einen gewissen Einfluſs zu. Darnach soll der L. non exedens namentlich bei Individuen „von kräftigem Aussehen, gesunder Farbe, festem Fleisch und praller Haut“ vorkommen, während „bei Individuen mit lymphatischem Gesichtsausdruck, mit weichem, teigigem Fleisch und blasser wie infiltriert erscheinender

---

* Bei Abdruck des vorhergehenden Teiles dieses Aufsatzes (vgl. Heft 10. S. 450 ff.) hat durch ein Versehen eine Satzverschiebung stattgefunden. Von S. 452 ab muſs in nachstehender Reihenfolge gelesen werden:

S. 452 die ersten 2 Zeilen v. o.,
S. 455 von der 2. (Text-) Zeile v. u. bis zum Schluſs auf S. 459,
S. 454 ganz, bis S. 455 3. (Text-) Zeile v. u.,
S. 452 3. Zeile v. o. bis S. 453 ganz herunter.

Der Schluſs dieses Teiles der Arbeit ist also mit dem Wort „Weiterentwickelung“ auf S. 453.

Haut, mit dicken Lippen, die Ulzerationen sich mit Leichtigkeit entwickeln." Eine ähnliche Ansicht vertrat Devergie. Aber wenn der L. ulcerosus nun auch wirklich vielfach bei Leuten mit dem Habitus scrofulosus angetroffen wird, so ist er doch auch, wie die klinische Erfahrung mir gezeigt hat, bei den Kräftigen und Vollblütigen nicht minder selten, während der L. non exedens andrerseits häufig die blassen, anämischen gedunsenen Menschen befällt, die alle Attribute der Skrofulose herzeigen.

Indessen, ich will nicht läugnen, dafs die Diathese einen gewissen Einfluſs auf den Blut- und Lymphumlauf, auf die Reizbarkeit des Bindegewebes der erkrankten Teile besitzen mag, was sich dann wohl bei der Entwicklung des Lupoms bemerkbar macht.

Das anatomische Verhalten der Blut- und Lymphgefäſse übt einen unverkennbaren Einfluſs auf die ulzerative Nekrobiose des lupösen Knotens aus. Seit 12 Jahren habe ich mehrere tausend Lupusschnitte untersucht und habe dabei diese Bedeutung der Gefäſsstörungen für den ulzerativen Prozeſs erkannt. So führen Gefäſsobliterationen nicht nur zur Nekrobiose innerhalb des lupös erkrankten Bezirks, sondern auch darüber hinaus zum Zerfall des ursprünglich gesunden Gewebes.

Das nämliche Verhalten habe ich auch in meinen Vorlesungen von 1884 für die Syphilis nachgewiesen.

Die Erkrankungen der Lymphgefäſse stehen in enger Beziehung zu dem weitern Umsichgreifen der Lupome.

Zwischen der Zahl der in den Lupomen enthaltenen Bazillen und ihrer mehr oder minder groſsen Neigung zum Zerfall eine Beziehung herzustellen, ist bis jetzt noch nicht gelungen; denn die Tuberkelbazillen sind im Lupus immer nur so spärlich vorhanden, dafs eine vergleichende Zählung fast zur Unmöglichkeit wird.

Indessen ist mir doch die ungeheuer kleine Menge von Bazillen in den atypischen Lupusformen aufgefallen — Formen, die nur äuſserst selten ulzerieren (L. scléreux, L. myxoides s. myxomatosus, L. colloides).

Eine Thatsache hat mich bei meinen klinischen, pathologisch-anatomischen und bakteriologischen Untersuchungen über den Lupus immer stutzig gemacht: Der L. non ulcerosus enthält keine Eiterkokken, der L. ulcerosus dagegen eine groſse Menge und zwar scheinen sie um so zahlreicher vorhanden, je rascher der Ulzerationsprozeſs verlief.

Andrerseits habe ich bei einer gröſsern Anzahl von Fällen folgendes klinische Verhalten beobachtet, auf das ich die Aufmerksamkeit der Ärzte ganz besonders hinlenken möchte. Ein L. non exedens mit trocknen Tuberkeln wird mit Mitteln behandelt, die einen gewissen Grad von Entzündung und Eiterung der Lupusknötchen bewirken: Kauterisation, Auskratzen, reizende Medikamente. Hier sind nun verschiedene Ausgänge möglich. In den meisten Fällen vernarbt der Lupus innerhalb einer bestimmten Zeit nach Beginn der Behandlung. Ausnahmsweise kann aber auch eine bald gröſsere, bald geringere Zahl von Tuberkeln, gleichviel ob sie von dem therapeutischen Eingriff betroffen wurden, oder nicht, in einen Zustand von Entzündung geraten; sie bedecken sich mit Krusten, sehen fungös aus und zerfallen. Gewöhnlich pflegen wir dann in solchen Fällen noch energischer mit unsrer Behandlung vorzugehen, aber je mehr wir ätzen und kratzen und brennen, um so mehr nimmt die Ulzeration des Lupus an Umfang und Tiefe zu. Ja selbst das umliegende Gewebe, das für Auge und Lupe völlig gesund erscheint, vermag mit gröſserer oder geringerer Schnelligkeit zu ulzerieren. So kann es oft zu schnellem und ausgedehntem Gewebszerfall kommen, unter reichlicher Absonderung von Eiter.

Angesichts solchen Miſserfolges meines therapeutischen Handelns gegenüber von Ulzerationen anscheinend lupöser Natur habe ich mir mehrfach die Frage vorgelegt,

ob ich mich nicht am Ende irrte, ob ich es nicht vielleicht mit Ulzerationen andern Ursprungs, die etwa zu Eiterkokken in Beziehung ständen, zu thun hätte? Ich habe nach diesen Überlegungen mein ferneres therapeutisches Handeln eingerichtet, indem ich gegen die Eiterherde — und nur gegen diese, nicht etwa auch gegen die einfach ulzerierenden Lupusherde — mit Acid. salicyl., Acid. boricum, Salol, Aristol zu Felde zog, und ich habe es dadurch erreicht, die Ulzeration in 24 bis höchstens 48 Stunden zum Stillstand und in wenigen Tagen zur völligen Vernarbung zu bringen.

Nach diesen Erfahrungen kann ich derartige Ulzerationen natürlich nicht mehr für lupös halten; höchstwahrscheinlich sind sie vielmehr durch die Anwesenheit von Eiterkokken bedingt.

Was mir besonders auffiel, das war die grofse Menge von Staphylokokken, besonders von Staphylococcus aureus in dem Ulzerationseiter. Mit Hülfe meines Präparators Tavernier habe ich davon sehr schöne reine Kulturen angelegt.

Diese Ansicht über die Natur jener Ulzerationen wird noch durch folgende Erscheinungen gestützt, die mir mehrfach bei solchen Fällen von Lupus bemerkbar wurden, wo Heilung und vollständige Vernarbung nach Galvano-Kauterisation, Auskratzen und Ätzungen erfolgt war. Einige Tage bis Wochen nach vollendeter Heilung treten nämlich in der Narbe selber oder in deren nächster Nachbarschaft stark eiternde Geschwüre auf, nachdem zum Teil schon vorher Pusteln, Phlyktänen und kleine oberflächliche Hautabscesse bestanden hatten. Derartige Eiterungen treten äufserst plötzlich auf und sind sehr reich an Staphylococcus pyogenes aureus. Die beim Lupus übliche Behandlung verschlimmert sie höchstens, während sie durch eiterhemmende Mittel, wie Acid. salicyl., Acid. boricum, Salol, Aristol, schnell zum Stillstand gebracht werden können. Diese Ulzerationen sind nicht tuberkulöser Natur; sie gehören zu den Para-lupösen Komplikationen, wie ich sie in meinen frühern Vorlesungen genannt habe.

Ich glaube, man trifft so ziemlich das Richtige, wenn man sich ihre Entstehung etwa folgendermafsen vorstellt: Durch den Kochschen Bazillus und die Behandlung, die er erfordert, ist den pathogenen Eiterkokken eine Eingangspforte in den Organismus eröffnet. Nach Vernarbung des Lupus wachsen die Tuberkelbazillen, wenn überhaupt noch welche zurückgeblieben sind, nur sehr schwer weiter in der Haut, die, wie mich meine Tierversuche gelehrt haben, nur einen ungünstigen Nährboden für sie abgiebt. Aber die pathogenen Eiterkokken, die sich mit ihnen zusammen in dem vernarbten Lupusherd befinden, schicken sich nun zu kräftigem Wachstum an, das auf dem für sie bekanntlich so günstigen Nährboden der Haut rasch von statten geht. Dadurch werden dann jene Komplikationen ermöglicht, die, ohne selber lupöser Natur zu sein, doch sekundär durch den Verlauf und die Behandlung des Lupus bedingt sind. Ich habe für sie die Bezeichnung: Para- und post-lupöse komplizierende Eiterungen vorgeschlagen. Ob sie zum Recidiv des eigentlichen Lupus beitragen können, ist mir unbekannt.

Zum Beweise, dafs diese Komplikationen nicht lupöser Natur sind, führe ich an, dafs ich bei fünf Patienten aus der derartig erkrankten Haut kleine Stückchen ausgeschnitten und dieselben nach der von mir 1883 bekannt gegebenen Technik auf Meerschweinchen überimpft habe. Keines von diesen Tieren ist tuberkulös geworden. Bekanntlich gelingen aber solche Impfungen bei Meerschweinchen (intraperitoneal) und Kaninchen (vordere Augenkammer) immer. (Ich habe das schon 1883 und 1884 betont und werde es in meiner demnächstigen Veröffentlichung von 200 Impfungen mit lupösem Material noch gründlicher erhärten.) Als ich dann aber drei Meerschweinchen intraperitoneal mit dem Eiter aus jenen Ulzerationen impfte, gingen die

Tierchen sehr rasch an eitriger Peritonitis zu Grunde. Der Peritoneal-Eiter enthielt eine aufserordentliche Menge von Staphylococcus aureus.

Die Ulzeration der Lupusknötchen scheint also in vielen Fällen — ich wage noch nicht zu sagen, in allen — nicht von Tuberkelbazillen, sondern von eitererregenden Bakterien abhängig zu sein. Vom eigentlichen Lupom wird ein trocknes Knötchen erzeugt; dieses ulzeriert namentlich, vielleicht ausschliefslich dann, wenn es mit Eiterkokken in Berührung kommt. Wenn letztere sich in ihrer Thätigkeit mit den Kochschen Bazillen vereinen, so beeinflussen sie die Weiterentwickelung des Lupoms in bestimmter Richtung: dasselbe wird schlaff, vereitert und zerfällt.

Die Kenntnis dieser Dinge ist für die Behandlung des Lupus von grofser Bedeutung,[1] und man sollte bei der Therapie die Möglichkeit, dafs es sich um das Zusammenwirken verschiedenartiger Mikroorganismen handeln könnte, niemals aufser Augen lassen. —

Der L. ulcerosus sitzt mit Vorliebe im Gesicht, namentlich im Gesichtscentrum; er kommt aber auch an den Extremitäten, besonders in der Nähe der Gelenke, sowie an der Streckseite der Finger und Zehen vor. Auch auf dem Gesäfs, am Rücken und Hals kann man ihn treffen. Nur ganz ausnahmsweise nimmt er die behaarte Kopfhaut ein.

Der Lupusknoten ulzeriert erst, nachdem er eine gewisse Gröfse erreicht hat. In einem bestimmten Stadium sieht man es dem Lupus sehr häufig an, dafs er ulzerieren wird. Die einzelnen Tuberkel werden dann umfangreicher, hervorragender, weicher, livider, gefäfsreicher und entwickeln sich schneller als diejenigen des L. non exedens. Auch bedecken sie sich anstatt mit zarten Lamellen sofort mit Krusten von verschiedenartigem Aussehen.

An der Erweichung und dem nekrobiotischen Zerfall beteiligt sich der Knoten entweder ganz oder nur teilweise. Aber es werden niemals gröfsere Mengen der Tuberkel gleichzeitig befallen, wie das wohl beim Gumma der Fall ist.

Klinisch lassen sich zwei Formen der Ulzeration aufstellen. Dieselbe beteiligt entweder nur die oberflächlichen Hautschichten — L. ulcerosus superficialis; oder die Zerstörung geht in die Tiefe, durch die ganze Dicke der Haut, des Unterhautzellgewebes und erfafst selbst die tiefer liegenden Gewebe wie Knorpel, Muskeln, Fascien und Knochen — L. ulcerosus profundus.

a. Lupus ulcerosus superficialis.

Derselbe beginnt mit einer nekrobiotischen Erweichung in den oberflächlichen Schichten des Lupoms und mit Veränderungen der Epidermis. Diese geht ganz zu Grunde, entweder durch Vesiko-Pustulation, wie ich den Prozefs in den Jahren 1878—1880 als Altération cavitaire beschrieben habe, oder in seltneren Fällen durch Phlyktänen-Bildung, oder endlich durch molekulare Zerstörung, die Renaut (Lyon) und sein Schüler Larroque so schön beschrieben haben.

Alle diese Prozesse nun führen zu Krusten von verschiedenartigem Aussehen die das lupöse Geschwür bedecken. Die Krusten bestehen aus einem Gemisch des Sekrets der ulzerösen Fläche — eines Sekrets, das sich aus einer kaseiförmigen Masse, einer serös eitrigen Flüssigkeit und roten Blutkörperchen zusammensetzt — und den Trümmern der erkrankten Epidermis. Die Krusten sind von verschiedener Dicke, Form und Färbung.

---

[1] Vor Jahren hatte ich es versucht, auf den Lupus durch ätzende Salben Eiterung zu erzeugen, in der Hoffnung, dafs die Eiterkokken den Tuberkelbazillen gegenüber Polizeidienste verrichten würden. Diese therapeutischen Versuche führten aber zu einem gegenteiligen Ergebnis. — Durch die obige Auseinandersetzung wird dieser therapeutische Mifserfolg verständlich.

Entsprechend diesem verschiedenen Aussehen sind verschiedene Unterarten des L. ulcerosus mit entsprechenden Namen aufgestellt worden. So spricht man vom L. impetiginosus, besser noch impetiginiformis, wenn die Ulzeration durch einen akuten exsudativen Prozefs, der sich in den oberflächlichen Hautschichten abspielt, zu stande kommt. Die im allgemeinen rote, mehr oder weniger livide Lupusfläche bedeckt sich alsdann mit einer grofsen Menge kleinster intraepidermialer Eiterherdchen von Stecknadelkopfgröfse, mit kleinsten impetiginiformen Pusteln, die sich, wie Besnier zutreffend bemerkt, selbst mitten im Narbengewebe, acht Tage lang immer wieder erneuern. Diese kleinen Pusteln platzen und lassen eine serös-eitrige Flüssigkeit austreten, die zu gelblichen, braunen oder grauen Krusten eintrocknet. Letztere sind im allgemeinen rund und flach, zuweilen auch etwas erhaben, adhärent.

Dieser L. impetiginiformis von Hutchinson und Besnier entspricht der Scrofulide pustuleuse von Hardy und teilweise auch der Impetigo rodens von Willan.

Bisweilen vollendet er sein Zerstörungswerk sehr rasch. Er wird, wie der L. eccematosus oder eccematiformis oft vom Arzt verkannt, der ihn für ein einfaches Ekzem oder Impetigo nimmt. Das sind traurige Irrtümer in der Diagnose.

Einzelne Autoren kennen auch einen L. tuberculo-crustosus, tuberculo-ulcero-crustosus; ferner einen L. rupioides, bei dem der Prozefs im allgemeinen mit einer einzigen eitrigen Phlyktäne beginnt, die viele Ähnlichkeit mit der Phlyktäne der Rupia hat und eine serös-eitrige sanguinolente Flüssigkeit enthält. Sie ist linsen- bis kirschengrofs, schlapp und platzt bald, um sich mit einer braunen bis schwärzlichen Kruste zu bedecken.

Dieser L. rupioides, so genannt wegen des Aussehens seiner Kruste, gehört übrigens nicht eigentlich zum L. ulcerosus superficialis. Denn auch der L. ulcerosus profundus und namentlich der L. terebrans bedecken sich zuweilen mit rupioiden Krusten. Diese Unterarten, entsprechend dem Aussehen der Krusten, liefsen sich mit Leichtigkeit noch vermehren. Da das aber ganz zwecklos wäre, so will ich nicht weiter dabei mich aufhalten.

Wir haben uns jetzt eingehender zu beschäftigen:

1. mit der Kruste, die im allgemeinen die lupöse Ulzeration bedeckt;
2. mit der lupösen Ulzeration selber.

Die Krusten, welche die lupösen Ulzerationen bedecken, sind bald gelblich, bald weifslich-grau, wie gewisse Borken, die sich bei Beginn einzelner Varietäten des L. exedens am Naseneingang finden. Entfernt der Kranke diese Krusten, was häufig geschieht, so entstehen an deren Stelle dickere, von gelblich-grüner bis brauner oder gar schwarzer Farbe, je nach der beigemischten Blutmenge. Jede neugebildete Kruste ist dicker und zuweilen auch ausgedehnter als die vorhergehende.

So verschiedenartig die Krusten aber auch aussehen mögen, so haben sie doch gewisse Eigenschaften gemeinsam, die bald einzeln, bald gleichzeitig angetroffen werden und die für die Diagnose des Lupus und seine Unterscheidung von ulzero-krustösen Syphiliden von einiger Bedeutung sind.

Zuweilen sind die Borken adhärent, und oft sitzen sie nicht auf sondern in der Haut. — Sie sind weniger hervorspringend, weniger ungleich, weniger hart als diejenigen der Syphilis. — Sie sind gleichzeitig hart und weich, entgegen dem Verhalten bei Syphilis (Barthélemy). — Für gewöhnlich haben sie nicht das Flaschengrün oder Florentinergrün der Syphilide. Sie sind von einem rotblauen oder violetten Kreis umgeben, wie er in dieser Stärke bei der Syphilis nicht zur Regel gehört. (Barthélemy).

Unter der adhärenten Kruste befindet sich die Ulzeration, die aus der mehr oder weniger vollständigen Nekrobiose des lupösen Tuberkels besteht. Zuweilen ist

man erstaunt, unter der Borke nur eine Ulzeration von kleinster Ausdehnung anzutreffen, während man erwartete, dafs letztere ungefähr der Gröfse der Kruste entsprechen würde. Dann findet man aber bei genauerem Zusehen, dafs die kleine Ulzeration meist von einer violetten Narbe umgrenzt ist, die genau der bedeckenden Kruste entspricht. In diesen Fällen ist die Vernarbung zum Teil unter der Kruste vor sich gegangen, die an ihrem Rand, da wo sie in die gesunde Epidermis übergeht, und in der noch unvernarbten Mitte adhärent bleibt.

Die Regel ist aber, dafs die Ulzeration so grofs ist, wie die sie bedeckende Kruste.

Die Ulzeration selber bietet das verschiedenste Aussehen dar; zuweilen ist sie tief, von weichen, scharfen Rändern umgeben; ein andermal wieder sind letztere hervorspringend und granulierend; während auch die Ulzeration selber bisweilen über die Hautoberfläche hervorragt. Dabei ist sie rund oder unregelmäfsig geformt, manchmal etwas eingesunken, in andern Fällen wieder durch Granulationen stark hervortretend. Ihr Grund ist glänzend, mattrosa, blafsrot oder wohl auch braunrot. In andern Fällen ist er grau oder schmutzig graugelb und sieht speckig aus. Im Gegensatz zu Syphilis und Lepra ist er selten diphtheritisch. Es ist aufserordentlich weich, schwammig, und läfst sich sehr leicht mit jedem beliebigen Instrument durchstofsen; das ulzerierte Lupom behält eben die Weichheit des nicht ulzerierten. Zuweilen ruhen die Ulzerationen auf tief infiltriertem, geschwollenem, gelatiniformem Gewebe, in das das Messer bis 3 cm tief eindringen kann, ehe es auf gesundes Gewebe stöfst. Die Fläche des Grundes ist nicht immer ganz glatt, ab und zu mit kleinen Höckerchen besetzt, und blutet leicht. Oft auch ist sie granuliert und mit kleinen blassen oder gelblichen Pünktchen besäet, oder mit fleischigen Vegetationen von aufserordentlicher Weichheit, die blafs und bösartiger Natur sind.

Vereinzelt kann die oberflächliche Ulzeration eines Flächenlupus eine ganz beträchtliche Ausdehnung erreichen. Es handelt sich dann meistens um Flächenlupus mit etwas ödematösem Grunde. Die oberflächliche Ulzeration, die noch von keiner Seite beschrieben ist, bildet eine glatte, nicht eingesunkene, eher etwas gewölbte, nässende Fläche von schmutzig gelbgrauer Farbe, zum Teil granulierend, etwa wie die Geschwürsfläche nach einem Vesikans. Der Grund ist weich und läfst das Messer bis zu 2 cm Tiefe eindringen. Bisweilen läfst sich bei diesen Ulzerationen die Haut vom Rande her abheben. Diese Geschwüre entstehen und recidivieren leicht. Man mufs sie daher in der Tiefe aufsuchen und gründlich zerstören, denn wenn man etwas von diesem grauen, weichen, breiigen Grund zurückläfst, so kann man mit ziemlicher Sicherheit auf ein Recidiv rechnen. Bei den skrofulösen Gummata kommen zuweilen ähnliche Geschwüre vor.

Das lupöse Geschwür sondert in mäfsiger Menge eine trübe Flüssigkeit oder einen dünnflüssigen, jauchigen, manchmal blutigen Eiter ab, der beim Druck am Rande der Kruste, wenn eine solche vorhanden, hervorquillt. In einzelnen Fällen ist diese Absonderung ganz gering oder kaum merkbar. Das Mikroskop zeigt uns in dem Sekret Eiterkörperchen und granulösen oder andern Detritus, aber so gut wie niemals Tuberkelbazillen. Die mikroskopische Untersuchung des Eiters kann also zur Sicherung der Diagnose kaum etwas beitragen.[2] Dagegen finden wir viele Eiterkokken in dem Sekret. Es scheint, dafs die Eiterung auch hier einen Gegensatz zur Virulenz bildet, aber nicht zur Ulzeration, wie wir es oben gesehen haben.

---

[2] Ich glaube, Lachmann war der einzige, der in dem Eiter eines schlecht behandelten Lupus so grofse Massen von Tuberkelbazillen fand, dafs es aussah, als hätte er eine Reinkultur der Kochschen Bazillen vor sich. — Lachmann: Kleine Beiträge zur Kenntnis der Tuberkelbazillen. *Deutsche med. Wochenschr.* 1884.

Das lupöse Geschwür blutet leicht, besonders wenn es Granulationen bildet. Sein Grund ist immer bis zu einer gewissen Tiefe infiltriert, denn von der Ulzeration werden nur die oberflächlichen Schichten des Lupoms ergriffen. — Die das Geschwür umgebende Haut ist nur wenig verhärtet.

Für gewöhnlich ist der Geschwürsgrund auf den unterliegenden Gewebsflächen verschiebbar, und nur bei tiefsitzendem Infiltrat ist er mit dem Unterhautzellgewebe, den Muskeln, Aponeurosen, dem Periost und den fibrösen Bändern verwachsen.

Die Ränder sehen zerfressen, usuriert aus, was Lailler mit Recht auf die Art des Wachstums des Geschwürs schiebt. Sie sind nicht aufgeworfen, gehen vielmehr gewöhnlich allmählich in den Geschwürsgrund über; sie sind flach, dünn und scharf, von violetter, livider Farbe; in einer Entfernung von ½ bis selbst mehreren cm vom Geschwür sind sie gelbbraun, mehr oder weniger durchscheinend, und, wie jedes Lupusinfiltrat, äufserst weich. In anderen Fällen sind sie geschwollen, etwas schmerzhaft, und mit Tuberkeln besäet. Diese Schwellung der Ränder und des umliegenden Gewebes tritt namentlich beim Lupus des Gesichtscentrums deutlich zutage, wo sie auf der Nase, der Oberlippe, den Wangen zu ganz aufserordentlicher Entwicklung gelangt. Sie geht der scheufslichen Verstümmelung voraus, die der Lupus des Gesichtscentrums verursacht, und hat ihm den Namen eines L. hypertrophicus verschafft.

Wie der Grund des Geschwürs, so sind auch seine Ränder fast immer sehr weich. Häufig sind sie mehr oder weniger unterminiert, selten dagegen hart, kallös und nach aufsen umgebogen.

Nicht selten beginnen die Geschwüre auch sehr frühzeitig zu granulieren, gleichgültig ob sie mit Krusten bedeckt sind, oder nicht. Sie bekleiden sich mit roten oder blassen papillomatösen Wucherungen, die durch eiterhaltige Furchen von einander getrennt sind, und verleihen dadurch den erkrankten Teilen, der Nase z. B., deren Umfang sie verdoppeln und vervierfachen, ein himbeerartiges Aussehen. Dieser L. exedens papillomatosus unterscheidet sich vom L. sclerosus papillomatosus dadurch, dafs die Geschwüre und Wucherungen immer weich, elastisch, nachgiebig, fungös sind, leicht bluten und bösartig aussehen. Diese Varietät wird als L. papillomatosus, vegetans, fungosus, framboesiformis, exuberans (Fuchs), ulcerosus vegetans, Framboesia luposa bezeichnet[3].

Bisweilen organisieren sich derartige Wucherungen, bedecken sich auch mit Epidermis und bleiben fast unverändert durch Monate und Jahre bestehen, um schliefslich nekrobiotisch zu Grunde zu gehen; jedoch ist ihr Wiedererscheinen keines wegs ausgeschlossen.

Durch die Granulationen wird der Umfang der erkrankten Teile noch wesentlich vermehrt. Die Nase z. B., ein Lieblingssitz des Leidens, erscheint dann um 3—4 mal gröfser als gewöhnlich. Ein Uneingeweihter würde hinter dieser Hypertrophie niemals eine so umfangreiche Zerstörung des Organs suchen.

Kommt dann aber die Zeit der Vernarbung, so schwinden alle die pathologischen Gewebe wie auf Zauberschlag; von der hypertrophischen Nase bleibt dann nur ein kleiner Stumpf übrig.

Die lupöse Ulzeration verbreitert sich von den Rändern aus durch eine Art tuberkulo-krustosen Wulst, der mit gelblichen oder grauen Krusten bedeckt ist und gegen die gesunden Teile fortschreitet. Die erkrankten Teile sind zuweilen ödematös und teigig.

[3] Diese papillomatösen Massen bestehen aus embryonalem Gewebe und sind histologisch mit dem Gewebe der Fleischvegetationen identisch, in dem verstreut sich eine wechselnde Anzahl von lupösen Follikeln findet.

b. L. ulcerosus serpiginosus.

Wenn die Ausdehnung des Geschwürs durch Fortkriechen des tuberkulo-krustosen Wulstes vor sich geht, gleichviel ob das Centrum vernarbt oder nicht, so haben wir es mit dem L. ulcerosus serpiginosus zu thun (L. exedens herpetiformis Devergie).

Der L. serpiginosus schickt als eine Art Vorposten in Kreislinien aufmarschierte Tuberkel vor sich her und nimmt einen excentrischen Verlauf. Diese pustulösen Tuberkel ulzerieren ihrerseits sehr bald und bedecken sich mit gelbgrünlichen, braunen oder schwarzen Krusten, die fast immer adhärent, bisweilen aber auch durch den darunter vorhandenen Eiter halb abgehoben sind.

Die Ränder des L. serpiginosus sind rot, locker, infiltriert und oft mit kleinen, etwas fungösen Ulzerationen besetzt; sie verlaufen in gekrümmten Linien, mit kleinen, ebenfalls abgerundeten Einkerbungen, worauf Lailler und Mathieu zuerst aufmerksam gemacht haben.

Im allgemeinen folgt die Vernarbung bald schneller bald langsamer dieser tuberkulösen Ausbreitungslinie, die immer neue Hautgebiete sich erobert. Das lupöse Geschwür vernarbt in der einen Richtung, um in der andern weitere Fortschritte zu machen. Daraus ergibt sich dann eben die unregelmäfsig kreisförmige Vorpostenlinie der lupösen Tuberkel, die an die Syphilis tuberculosa circinata erinnert, nur dafs die Tuberkel hier im allgemeinen dichter aneinander gedrängt stehen.

Wo mehrere lupöse Herde neben einander bestehen, fliefsen sie im weitern Wachstum zusammen und es kommen auf diese Weise grofse, zum Teil vernarbte Flächen zustande, die von tuberkulo-krustosen Kreisbogenlinien begrenzt sind.

Der L. ulcerosus serpiginosus kann schrittweise grofse Hautgebiete befallen und, wo ihm kein Einhalt gethan wird, innerhalb mehrerer Jahre allmählich das ganze Gesicht, die Stirn, die Ohren, den Hals, die Unterkiefergegend zerstören. Mir sind Fälle begegnet, wo ein derartiger Lupus in einem Zeitraum von 15—30 Jahren auch noch auf die Schultern bis zum M. Deltoides, und auf die Brust bis zur Regio sternocostalis hinuntergekrochen ist. Oder der Lupus safs auf den Extremitäten, dem Rumpf und zerstörte einen ganzen Schenkel, eine Hinterbacke, einen Teil des Rumpfes.

Der L. ulcerosus serpiginosus ist im Gesicht in der Regel oberflächlicher Natur. Auf den Extremitäten dringt er mehr in die Tiefe und mischt sich dort zuweilen mit dem L. papillomatosus sclerosus. Er verhilft den Extremitäten häufig zu einem Elephantiasis-artigen Aussehen. Er kommt namentlich bei skrofulösen Individuen vor, die auch sonstige Symptome der bestehenden Skrofulose darbieten, wie Gummata tuberculo-scrofulosa der Haut oder Drüsen, Tuberkulose der Sehnen, Gelenke, Knochen, Lungen.

Die Narbe, die dieses lupöse Geschwür schliefslich ersetzt, ist im allgemeinen zuerst rot oder violett, wird aber bald hellrosa und nach und nach ganz weifs; sie ist straff, nässend, ungleichmäfsig und zuweilen mit kleinen Kämmen oder papillomatösen Vorsprüngen versehen.

Die erkrankte Hautstelle sieht infolge dieser Narbe zuweilen emphysematös umfangreicher, teigig aus. Die Narbe ist dann meistens grau, zuweilen mit kleinen Punkten oder Flecken gesprenkelt, in Falten gelegt oder gitterförmig. Devergie hat auf dieses emphysematöse Aussehen der Narbe des L. exedens serpiginosus grofses Gewicht gelegt. Nach ihm ist die Narbe des L. exedens hypertrophisch, diejenige des L. non exedens atrophisch. Diese Auffassung trifft aber doch nicht für alle Fälle zu, wenn sie auch manches für sich hat. Weifse, glatte, atrophische Narben können auf einen L. ulcerosus folgen, wie auch umgekehrt verdickte, gesprenkelte Narben einen L. non ulcerosus zu ersetzen vermögen.

Dafs eine derartige Krankheit namentlich im Gesicht und an den Extremitäten die gräulichsten Verwüstungen anrichten kann, ist begreiflich.

Auf den Narben können wieder neue Tuberkel entstehen, die anfangs (L. maculosus) klein und eben, schliefslich ulzerieren und sich mit den alten Geschwüren vereinigen. Es handelt sich dann um ein Recidiv in der Narbe, während im allgemeinen der L. ulcerosus serpiginosus nur selten recidiviert.

c. Lupus ulcerosus profundus.

Anstatt sich oberflächlich auszubreiten, kann der Lupus auch in die Tiefe dringen. Er wird dann L. terebrans genannt und befällt mit Vorliebe die Nase, sowie die Umgebung von Augen, Ohren und Mund. Nach Devergie entstände er in einem frühern Alter als der L. ulcerosus superficialis und beträfe nicht nur ausschliefslich skrofulose Menschen.

Beim Sitz auf der Nase, die er vollständig zerstört, wird er häufig lange Zeit vorher durch schleimig-eitrige Borken angekündigt, die sich in beiden, oder in einem von beiden Nasenlöchern bilden.

Er beginnt mit einem einzigen roten Knoten, der schnell anschwillt. Die Anschwellung kann, zumal wenn sie ihren Sitz im Gesicht, oder gar auf der Nase hat, ganz beträchtlich werden. So kann die Nase das Vierfache des gewöhnlichen Umfangs gewinnen. Sie erinnert dann in ihrem geschwollenen, rotvioletten Aussehen an die gummöse Infiltration, der sie durch das gewöhnlich hinzukommende lymphangitische Ödem noch ähnlicher wird — so tief geht die Infiltration und so ausgesprochen ist die Schwellung. Sehr rasch erweicht dann die grofse lupöse Masse an irgend einer Stelle, die Erweichung macht Fortschritte und der Zerfall beginnt.

Der nekrobiotische Zerfall, der das lupöse Infiltrat schnell in grofser Ausdehnung ergreift, erinnert in seinem Verlauf lebhaft an die nekrobiotische Erweichung der skrofulo-tuberkulösen Gummata[4].

Das Geschwür bedeckt sich meist mit einer Kruste, die durch ihre überragende Dicke auffällt, stark adhärent, von gelbgrüner, brauner oder schwarzer Farbe ist und die gewöhnlichen Eigenschaften der Krusten des L. exedens aufweist, nur dafs man für gewöhnlich so dicke, Rupiaähnliche Krusten beim L. ulcerosus superficialis nicht antrifft. Stöfst man auf einen Lupus mit derartigen Krusten, so kann man ziemlich sicher darauf rechnen, dafs man es mit einem L. exedens profundus zu thun hat, zu dessen Vorrechten, möchte ich fast sagen, derartig dicke Krusten gehören.

Die Kruste ist von einem roten Hof umgeben, der zugleich die Grenze des lupösen Geschwürs anzeigt.

Dieser rote Hof, diese weinfarbene Anschwellung, welche das Geschwür umgeben und zu denen sich häufig noch ein lymphangitisches Ödem hinzugesellt, sind eben falls ein Symptom der tiefen Infiltration.

---

[4] Diese klinische und, wie ich hinzufügen möchte, specifische Analogie darf uns keineswegs überraschen. Denn ein tiefes lupöses Infiltrat, das nicht nur die Haut, sondern auch die tiefer liegenden Gewebe befällt und rasch zur nekrobiotischen Ulzeration führt, wie der L. terebrans und L. phagadaenicus, hat eben dadurch die gröfste Ähnlichkeit mit den skrofulo-tuberkulösen Gummata. Derartige Fälle von Lupus, die der letztgenannten Form zum Verwechseln ähnlich sehen, hat schon jeder Dermatologe beobachtet.

Mit Rücksicht auf diese grofse Ähnlichkeit hat Besnier auch für diese Varietät des Lupus die Bezeichnung: L. tuberculo-gummosus vorgeschlagen.

Ich meine, dafs eine derartige Ähnlichkeit gewissen Dermatologen Anlafs zum Nachdenken geben sollte, die noch immer die tuberkulöse Natur des L. vulgaris nicht zulassen wollen.

Unter der Kruste befindet sich das Geschwür mit speckigem oder fungösem und schmutzigem Grunde, auf dem zuweilen fleischige, weiche, häfsliche Vegetationen sich erheben. Das Geschwür sezerniert einen dünnflüssigen Eiter und dringt schnell in die Tiefe. Es kann in kurzer Zeit eine Nasenhälfte, die Lippen, die Augenlider wegfressen. Dehnt es sich auf die Schleimhäute aus, so vermag es auch wohl die Nasenscheidewand und den Gaumen zu perforieren. Nicht nur Haut und subkutanes Gewebe, sondern auch Knorpel, Bänder, Aponeurosen, Muskeln und selbst Knochen werden von ihm zerstört.

d. Lupus vorax.

Wenn das lupöse Geschwür gleichzeitig oberflächlich und in der Tiefe weiter vordringt, so werden die Zerstörungen begreiflicherweise noch umfangreicher sein. Man spricht dann wohl von L. vorax, einem Namen, den ich für diese Varietät unter der Bedingung will gelten lassen, dafs man ihn nur auf die Fälle beschränkt, die trotz langsamen, subakuten Verlaufs so ungeheure Zerstörungen anrichten. Für die Fälle aber mit raschem, superakutem Verlauf, die in wenigen Monaten bis Wochen umfangreiche Teile des Gesichts und des Mundes zerstören — denn sie befallen mit Vorliebe Mund und Nase — möchte ich die Bezeichnung L. phagadaenicus vorschlagen.

Der L. vorax sitzt fast immer im Gesicht, zuerst an der Nase und Oberlippe und besitzt alle Eigenschaften des L. terebrans (tuberculo-gummosus), von dem soeben die Rede war. Er wächst in die Breite und Tiefe und zerstört allmählich die Nase, die Oberlippe, die beiden Jochbeingegenden, die Mund-, die Nasen- und selbst die Rachenschleimhaut.

Bei dieser bösartigen Varietät ist im allgemeinen eine dauernde Heilung verhältnismäfsig leicht zu erzielen, während der L. non ulcerosus durch seine Hartnäckigkeit und seine Rückfälligkeit den Arzt oft zur Verzweiflung bringt.

e. Lupus phagadaenicus.

Entwickelt sich der L. tuberculo-gummosus ulcerosus innerhalb weniger Wochen, so haben wir es mit einem L. phagadaenicus zu thun, der mit L. vorax und mit Besniers L. tuberculo-gummosus identisch ist und glücklicherweise nur selten vorkommt. Die Tuberkel zerfallen hier mit einer unheimlichen Schnelligkeit. In wenigen Wochen sind die freien Ränder der Lippen, namentlich der Oberlippe, der Nase, wo der Lupus gewöhnlich beginnt, völlig zerstört. Meistens wird diese scheufsliche Verwüstung durch dicke, braune Krusten verdeckt. Nach ihrer Entfernung liegt das Geschwür mit seinem weichen, speckigen oder gelben, zuweilen auch jauchigem Grunde vor uns, der andremale mit grauen, fungösen Granulationen bedeckt ist, die sehr weich sind und äufserst leicht bluten. Der Lupus befällt dabei manchmal gleichzeitig auch die Schleimhaut von Nase, Mund, Gaumen und Wangen.

In wenigen Wochen können Nase und Lippen fast völlig zerstört, die Wangen von Geschwüren zerfressen, Mund und Rachen bereits erkrankt sein.

Durch Übergang auf den Pharynx kann der L. phagadaenicus den Tod herbeiführen. Einen derartigen Fall, der in vier Monaten tötlich verlief, habe ich fast in Extremis gesehen. Hier hatte der Lupus den ganzen Nasenknorpel, die Oberlippe, die vordere Hälfte der Wangen, das rechte Auge und das linke untere Augenlid zerstört, und hatte sich weiter auf den Gaumen, den Rachen und sicher auch auf den Kehlkopf ausgedehnt. Die Kranke ging kachektisch an einer interkurrierenden Lungentuberkulose zu Grunde.

Derartige Fälle sind zum guten Glück äufserst selten. Vielleicht handelt es sich auch bei manchen als L. vorax beschriebenen Fällen um ein ulzeröses, galoppierendes Syphilid.

„Hat die Krankheit einen derartigen Grad erreicht, sagt Bazin, so gehen die „Patienten meistens an Perikarditis oder Pleuritis zu Grunde."

Im Gegensatz zu den andern Formen des L. ulcerosus ist der L. phagadaenicus, namentlich, wenn er im Mund oder Hals sitzt, zuweilen schmerzhaft. —

Das ist im allgemeinen die Symptomatologie des L. ulcerosus. Er nimmt je nach Sitz, Dauer, Begleiterscheinungen u. s. w. ein ganz verschiedenartiges Aussehen an.

Nicht selten ist der Lupus nur stellenweise ulzeriert, während andre Punkte ihr altes Aussehen bewahren. Ja, auf demselben Herd können der L. ulcerosus und der L. non ulcerosus, der L. sclerosus mit seiner von Riehl als Tuberculosis verrucosa bezeichneten Varietät und sogar der L. vulgaris erythematosus gleichzeitig vorkommen. Gibt es einen bessern Beweis für die Einheit aller der verschiedenen Formen des Lupus? Läfst sich ihre Identität besser demonstrieren? Und wie wollen diejenigen Dermatologen, die die tuberkulöse Natur des L. vulgaris bestreiten, während sie sie für den L. sclerosus z. B. zugeben, derartige Vorkommnisse erklären?

Auch wollen wir nicht vergessen, dafs die Rückbildung des Lupus durch interstitielle Resorption oder fibröse Metamorphose gleichzeitig neben oder abwechselnd mit der der Ulzeration vorkommen kann. Ja, zuweilen sind sogar Ulzeration und interstitielle Resorption gemeinsam an der Rückbildung des nämlichen Lupusknotens beteiligt.

Von der Vernarbung des Lupus ulcerosus.

Nach Wochen oder Monaten beginnt das lupöse Geschwür zu vernarben; das geschieht aber nur sehr langsam. Die spontane Vernarbung beginnt, wenn die eigentlichen lupösen Gebilde durch die molekulare Nekrose zerstört sind. Kommt die örtliche Behandlung dieser Zerstörung durch Vernichtung der pathologischen Gewebe zur Hülfe und verwandelt sie das skrofulo-tuberkulöse in ein einfaches Geschwür, so wird die Vernarbung begreiflicherweise sehr beschleunigt. Ebenso wirken auch die antiseptischen Mittel, deren Wirksamkeit übrigens zum Teil auch nur in der Zerstörung der lupösen Gewebe liegt. Andere Methoden schliefslich, wie z. B. die blutigen Skarifikationen, scheinen die fibröse Umwandlung des kranken Gewebes zu befördern. Gleichviel — wenn das lupöse Geschwür sich zur Vernarbung anschickt, gewinnt es das gutartige Aussehen eines einfachen Geschwürs.

Die Krusten werden dünner und adhärenter, verlieren an Feuchtigkeit. Der Grund reinigt sich, die Ränder schwellen ab, bekommen mehr Farbe, werden fester, die Granulationen verlieren das weiche, bösartige Aussehen und werden durch fleischige, gesunde Granulationen ersetzt. Von diesen aus, sowie vom Geschwürsrand und von den kleinen Hautinselchen inmitten der ulzerierten Teile bildet sich eine neue Epidermis, bis nach und nach sämtliche Stellen, je nach der Länge ihres Bestandes, vernarbt sind.

Die Farbe der ganz verschieden grofsen Narben geht von einem violetten Rot allmählich in ein zartes Rosa und Weifs über; zuweilen sehen sie auch perlmutter- oder pergamentartig aus und sitzen wie angeleimt auf den Geweben. Dabei sind sie für gewöhnlich fest, unregelmäfsig, uneben, stellenweise dicker, oft auch geschlängelt infolge der ungleichmäfsigen Schrumpfung des Narbengewebes und seiner Verwachsungen mit den unterliegenden Teilen. Sie haben mit den Narben nach Verbrennungen zweiten oder dritten Grades grofse Ähnlichkeit. — Durch Schrumpfung können sie zu beträchtlichen Difformitäten Anlafs geben. Von dem geschwollenen, ödematösen Aussehen der Narben des L. exedens, und namentlich des L. exedens serpiginosus war schon weiter oben die Rede.

Auch in den Narben nach L. ulcerosus kann es, so gut wie in denen des L. non ulcerosus von neuem zu einer lupösen Erkrankung kommen[5]. Von der Keloid-Bildung in den Narben wird noch weiter die Rede sein. Beim alten Lupus, dessen Tuberkel durch Ulzeration oder Resorption geschwunden sind, sieht das von Narben durchzogene Gesicht scheufslich entstellt aus.

Der allgemeine Verlauf des L. vulgaris.

Wir haben gesehen, dafs das lupöse (lies: das tuberkulöse) Gift, wenn es durch äufsere oder innerliche Impfung in der Haut abgelagert wird, das Wachstum von Knötchen bewirkt, die wir in ihrer Entwicklung als elementare Teilchen studiert haben. Der Verlauf des lupösen Prozesses ist, mit wenigen Ausnahmen (L. phagadaenicus), äufserst langsam und chronisch.

Dieser chronische Verlauf ist etwas dem Lupus Eigentümliches; nicht in Wochen und Monaten, sondern erst innerhalb mehrerer Jahren vermag er ein einigermafsen grofses Hautgebiet, z. B. einen Teil des Gesichts zu zerstören. Für gewöhnlich braucht er 10 Jahre, um seinen ganzen Entwicklungsgang zu durchlaufen.

Wie verschieden von den Syphiliden, die sonst so leicht mit ihm verwechselt werden! In einigen Wochen bis Monaten vollenden diese ihr Zerstörungswerk.

Die Neubildung von Elementarteilchen des Lupus vollzieht sich unablässig wochen-, monate-, jahrzehntelang. Daher kommt es denn, dafs man auf dem nämlichen Lupusherd Knötchen in den verschiedensten Entwicklungsstadien antrifft. Ebenso findet man auch die verschiedenen Formen der Rückbildung, interstitielle Resorption, ulzeröse Nekrobiose u. s. w. nebeneinander; hier Epidermislamellen und Schuppen, dort verschiedenartige Krusten; ein tiefes oder flaches, fungöses oder granulierendes, oder vernarbendes Geschwür, Narben und gesunde Hautreste.

Da der Lupusknoten virulent ist, so kann sich das Leiden durch Auto-Inokulation der Nachbarschaft nach Fläche und Tiefe hin ausdehnen.

Auch vergröfsert sich der Herd beständig durch das ununterbrochene oder intermittierende Auftreten neuer Knötchen.

Dieses Wachstum vollzieht sich häufig auf der Oberfläche, excentrisch, indem sich tuberkulöse Kreise bilden, die mehr und mehr gegen die gesunde Haut vordringen, während das Centrum des Herdes in der Regel vernarbt. Der L. serpiginosus zerstört auf diese Weise am schnellsten und sichersten grofse Hautstrecken.

Das Wachstum kann sich auch auf den Lymphbahnen längs der Gefäfse und Drüsen in die Tiefe erstrecken. Für gewöhnlich macht es dann vor den Aponeurosen und dem Periost Halt und begnügt sich mit der Zerstörung des subkutanen Gewebes.

Neue Herde können in der Nachbarschaft oder weiter weg vom ursprünglichen Herd entstehen, so dafs man wohl an embolische Verschleppung denken könnte.

Der Lupus besteht oft das ganze Leben hindurch, wenn der Arzt nicht handelnd eingreift. Dabei kann der Prozefs zeitweilig nachlassen, so dafs z. B. aus einem L. exedens ein L. non exedens wird, oder gar das lupöse Infiltrat auf Wochen, Monate und selbst auf Jahre ganz verschwindet. Einen derartigen Nachlafs der Erscheinungen habe ich, wie bei der Syphilis, so auch hier zu bestimmten Jahreszeiten beobachtet. Bei andern Patienten fiel die Abschwächung des Prozesses mit einer Änderung im Allgemeinbefinden zusammen, so z. B. mehrmals mit dem Auftreten einer Lungentuberkulose. Auch durch interkurrente akute Krankheiten wird ein Stillstand im Wachstum des Lupus bewirkt. So verwandelte sich mir ein L. ulcerosus während

---

[5] Man mufs daher den Kranken dringend einschärfen, die Narben noch lange Zeit vor Stofs, Schlag u. s. w. zu schützen, da ein derartiges Trauma sehr leicht die Gelegenheitsursache zum Rückfall des Lupus abgibt.

einer Scarlatina in einen L. non ulcerosus planus; ein anderer Patient schien in der Rekonvalescenz von Variola von seinem L. vegetans fast ganz geheilt; auch bei schwerem Typhus habe ich zweimal eine Einwirkung beobachtet. Freilich, nach wenigen Wochen war dieser günstige Einfluſs allemal wieder verschwunden.

Der günstige Einfluſs eines Erysipels auf den Verlauf des Lupus wird seit langem von den Autoren behauptet. Eine wirkliche Heilung habe ich nie nach Erysipel beobachtet, sondern nur Besserungen, indem ein L. ulcerosus z. B. in einen L. non ulcerosus, ein L. prominens in einen fast planus zu bezeichnenden Lupus umgewandelt wurde. Und auch diese Besserungen waren immer nur vorübergehender Natur und schienen mir den schlieſslichen Verlauf des Lupus in keiner Weise zu beeinflussen. In einigen Fällen beschleunigte das Erysipel vielmehr die Weiterverbreitung und Weiterentwicklung des Lupus, indem es die Verschleppung des lupösen Giftes und seine Resorption durch das Lymphsystem beförderte. — Bei den Leprösen habe ich ähnliche Erfahrungen gemacht.

Im Alter läſst die Heftigkeit des lupösen Prozesses meistens nach. So bemerkt Devergie sehr richtig: „Unter dem Einfluſs des Alters heilt der Lupus zuweilen von „selber oder macht doch wenigstens keine Fortschritte mehr. Meines Erachtens rührt „das daher, daſs die Beschaffenheit des Lupus von Alters- und Lebensgewohnheiten in „ähnlicher Weise beeinfluſst wird, wie von Arzneistoffen".

Im Greisenalter ulceriert der L. exedens meist nur an der Oberfläche, als ob die Ulzerationen Mühe hätten, unter diesen Bedingungen zustande zu kommen.

Der L. non ulcerosus macht häufig genug bei alten Leuten keine Fortschritte mehr, sinkt ein und verfärbt sich livide, oder beginnt zu vernarben, oder unterliegt der sklerösen Umwandlung, was ich als L. sclérosé beschrieben habe, und heilt schlieſslich teilweise oder ganz ohne weitere Eingriffe.

Der Greisenlupus ist selten hypertrophisch, ödematös. Oft ist er glatt, exfoliativ, aus kleinen, in ein mehr oder weniger sklerotisches Gewebe eingelagerten Tuberkeln zusammengesetzt. Auch hier hat er zuweilen das eigentümliche Aussehen, das ich als L. vulgaris erythematoides beschrieben habe.

Die Neigung des Lupus, im Alter stille zu stehen oder gar von selbst zu heilen, hängt meines Erachtens zum Teil damit zusammen, daſs die Tuberkel bei alten Leuten das Bestreben haben, zu sklerosieren. Das Lupom zeigt hier dasselbe Verhalten, wie das Tuberkulom der Lunge: beide sklerosieren leicht.

Andrerseits mag auch das Alter einen ähnlichen Einfluſs ausüben, wie manche interkurrierende Krankheiten, die, indem sie die Bodenbeschaffenheit umändern, das Emporschieſsen der tuberkulösen Saat mehr oder weniger erschweren.

Endlich ist es auch wahrscheinlich, daſs die ganz beträchtlichen Veränderungen, die die Haut der alten Leute erfährt, indem sie atrophiert, dichter und fibröser wird und ihre resorbierenden Flächen (die Lymphspalten und Gefäſse, die periglandulären und perivaskulären Räume) sich verkleinern, ebenfalls die Ausbreitung und Keimung der virulenten Teilchen des Lupoms beschränken. Diesem Umstande ist wohl namentlich die Seltenheit sekundärer Erkrankungen des Lymphsystems (Lymphangitis, Gummata scrofulo-tuberculosa, skrofulo-tuberkulöse Adenopathien) und vielleicht auch der sekundären Lungentuberkulose bei alten Leuten zu verdanken. Ich habe häufig genug die Abschwächung und das spontane Ausheilen des lupösen Prozesses bei alten Leuten beobachtet; deshalb soll man hier auch mit der Einleitung einer energischen Therapie zurückhaltend sein.

Aber wenn der Lupus der alten Leute auch nur sehr langsam wächst und groſse Neigung zum Stillstand und zur Heilung zeigt, so soll man doch nie vergessen, daſs ihm immer eine gefährliche Komplikation droht: das Epitheliom.

Auch bei jüngeren Leuten kommt es ausnahmsweise zur Unterbrechung, zu völligem Stillstand des lupösen Prozesses. Dieser Stillstand, den man sich hüten muſs für eine völlige Heilung zu halten, kann monate- und jahrelang andauern. Die Ursache dieser lang anhaltenden Unterbrechungen ist unbekannt, und wenn auch wohl in manchen Fällen eine interkurrierende Krankheit die Ursache sein mag, so ist es doch immerhin mifslich, aus dem Post hoc auf das Propter hoc zu schlieſsen.

Selbst nach lang andauernden Unterbrechungen muſs man sich immer wieder auf einen neuen Ausbruch gefaſst machen. Denn die Rückfälle in der Narbe oder deren Nachbarschaft oder an irgend einer andern Körperstelle bilden eines der Hauptsymptome im Verlauf des Lupus, gleichviel ob er von selbst oder mittelst Kunsthülfe geheilt ist. Die Rückfälle sind immer zu fürchten und auch einen ausgeheilten Lupus müssen wir stets im Auge behalten, um bei dem geringsten verdächtigen Zeichen energisch einzugreifen. Oft kann man erst nach wiederholten Rückfällen auf eine endgültige Heilung hoffen.

Die Möglichkeit, die Wahrscheinlichkeit der Rückfälle müssen wir uns stets gegenwärtig halten und darnach im Interesse unserer Kranken handeln.

Meine Herren!

Nachdem ich im Jahre 1883 auf experimentellem Wege nachgewiesen hatte, daſs der Lupus vulgaris eine schwach virulente Hauttuberkulose sei, bin ich daran gegangen, die ehemalige sowie die moderne Behandlungsart dieses Leidens einer eingehenden, aber vorurteilsfreien Prüfung zu unterwerfen. Diese Aufgabe wurde mir durch die zahlreichen Lupusfälle, die hier in Nord-Frankreich vorkommen, und deren Verlauf ich im Krankenhause oder in der Privatpraxis verfolgen konnte, sehr erleichtert.

Es giebt wohl kaum eine gegen den Lupus angewandte Therapie — soweit ich die verschiedenen therapeutischen Maſsnahmen bei meinen Reisen ins Ausland und meinen zahlreichen Besuchen des Hôpital Saint-Louis überhaupt kennen gelernt habe —, die ich nicht gegen denselben in Gebrauch gezogen hätte.

Nach jahrelangen Prüfungen und Beobachtungen hat sich mir dann eine Reihe von Behandlungsarten als machtlos erwiesen. Ich werde mich daher im Folgenden auf die Erörterung derjenigen therapeutischen Maſsnahmen beschränken, die einen Erfolg versprechen.

Die Therapie des Lupus besteht, wie die Therapie jeder örtlichen Tuberkulose, aus zwei Teilen: aus der örtlichen und der Allgemein-Behandlung. Jedoch ist das Hauptgewicht immer noch auf die örtliche Behandlung zu legen.

I. Die örtliche Behandlung.

Die örtliche Behandlung zerfällt in die chirurgische, medikamentöse und gemischte Behandlung, welch letztere gleichzeitig mit Messern und mit Medikamenten arbeitet.

Ich will hier gleich vorausschicken, daſs ich in fast allen Fällen der gemischten Behandlung den Vorzug gebe.

A. Die chirurgische Behandlung.

Diese wird uns im wesentlichen auf fünffache Weise ermöglicht, und zwar:

1. durch Abtragung; 2. durch Auskratzen; 3. durch Skarifikationen; 4. durch Kauterisation; 5. durch Elektrolyse.

Bevor ich mit der Besprechung dieser verschiedenen Formen chirurgischer Behandlung beginne, möchte ich vorausschicken, daſs ich mich beim Gebrauche der Curette, des Skarifikators, des Thermo- und Galvanokauters mit Vorliebe an diejenigen Gewebe halte, die durch Kälte erzeugende Mittel weder in ihrem Aussehen noch in ihrer Konsistenz verändert werden.

Sind, was notwendig geschehen muſs, die Schuppen und Krusten durch Kompressen oder heiſse Verbände entfernt, so suche ich durch vorsichtig angewandte Cocainlösung, um jede Vergiftung zu vermeiden, eine örtliche Anästhesie zu erzielen. Übrigens unterwerfen sich die Patienten, auch die Kinder, in den allermeisten Fällen bereitwillig der Operation, so daſs ich selbst dieses Mittels entraten kann.

Bei ausgedehntem Lupus, oder falls mehrere Herde an einem Tage zu operieren sind, oder die Operation durch den Sitz besonders schwierig wird, oder wenn es sich schlieſslich um gar zu ängstliche Patienten handelt, wende ich die Chloroformnarkose an. Denn da ich dem scharfen Löffel den Vorzug gebe, so halte ich es immer für richtiger, den betreffenden Herd, um den es sich handelt, in einer Sitzung zu erledigen.

1. Abtragung des Lupus.

Die Abtragung des Lupus, die zu verschiedenen Malen in der Chirurgie eingeführt wurde, ist schlieſslich immer wieder von ihren Lobrednern aufgegeben worden. Um von ihr gute Erfolge zu haben, müſste man in der Breite und Tiefe groſse Zerstörungen anrichten; zu solchen Eingriffen entschlieſst man sich aber um so schwerer, als sie oft die scheuſslichsten Narben hinterlassen. Nur in ausnahmsweisen Fällen mag die Exstirpation mit nachfolgender Hautimplantation zur Erzielung einer guten Narbe bei sonst unheilbarem Lupus angezeigt sein, so in dem Fall von Schwartz (*Société de Chirurgie.* 3. Dez. 1890).

2. Auskratzen.

Diesem Verfahren gebe ich bei richtiger Ausführung vor allen andern den Vorzug. Aber ich begnüge mich niemals mit dieser Volkmannschen Operation, sondern schlieſse daran immer die Anwendung kaustischer Medikamente. Ich will mein gemischtes Verfahren jetzt schildern.

Ich beginne damit, den lupösen Herd mit einem groſsen Volkmannschen Löffel im groben zu bearbeiten und soviel krankes Gewebe wie irgend möglich zu entfernen. Wenn dann die Blutung durch Tupfen mit Wattebauschen gestillt ist, so brenne ich das übrig gebliebene kranke Gewebe gewöhnlich mit dem Thermo- oder Galvanokauter. Dann kratze ich zum zweiten Male mit einem kleineren Löffel oder einem Vidalschen Hohlmeiſsel. Die Wunde wird darauf mit Jodoformpulver bestreut. Auf diese Weise kann man Heilung mit guten Narben erzielen, zumal wenn man die jungen Granulationen sorgfältig überwacht. Aber für gewöhnlich ist diese Heilung doch nicht von Dauer. Sehr frühzeitig schon treten in der Narbe an Zahl und Gröſse schwankende lupöse Infiltrationen auf. Das ist auch begreiflich. Denn beim Auskratzen bleiben die in der Tiefe der Haut und des subkutanen Gewebes eingebetteten Keime unversehrt liegen, wie ja auch die mikroskopische Untersuchung eines Schnittes durch einen Lupus es voraussagen läſst.

Wir müssen also nach einem Mittel uns umsehen, mit dem wir auch den tiefer liegenden Lupomen beikommen können. Dazu scheinen mir die Skarifikationen im Anschluſs an das Auskratzen nicht ausreichend. Deshalb lasse ich auf das letztere jetzt immer antiseptische und meistens auch kaustische Mittel folgen. Damit erhalte ich ebenso gute Narben und weniger Rückfälle, die, wenn sie doch eintreten, später erscheinen und weniger umfangreich sind.

Bisweilen wende ich auch in mehreren Sitzungen abwechselnd Auskratzen und kaustische Mittel an. Jedoch brauche ich zu dieser letzteren Behandlungsart nur selten zu greifen.

3. Skarifikationen.

Dieselben wurden zuerst von Balmano-Squire im Anschluſs an das Auskratzen empfohlen, später von E. Vidal in die Praxis eingeführt, der die Technik völlig

veränderte und der als der wirkliche Schöpfer der Lupusbehandlung mittelst blutiger Skarifikationen angesehen werden darf.

Bei der Technik dieses Verfahrens brauche ich nicht lange zu verweilen, nachdem E. Vidal dieselbe in einer Reihe bedeutender Arbeiten vortrefflich auseinandergesetzt hat. Das Verfahren hat auch sehr schöne Erfolge aufzuweisen, namentlich beim L. vorax, den man damit in einer bis drei Sitzungen zum Stillstand bringen kann. Leider erfordert es sehr viele Sitzungen, um nach dem Verfahren von Balmano-Squire und E. Vidal die Heilung des Lupus herbeizuführen. Eine jede derartige Sitzung ist schmerzhaft und bedingt einen verhältnismäfsig bedeutenden Blutverlust; dadurch werden aber sehr viele Patienten, zumal die Hospitalkranken, kopfscheu und verlassen die Behandlung, trotzdem die Schnitte ziemlich schnell, in ungefähr 5—6 Tagen, vernarben. Aufserdem aber, und das ist ein schwerwiegender Vorwurf, dauert die Behandlung mittelst Skarifikationen viel zu lange, und man kann mit dem gemischten Verfahren in viel kürzerer Zeit eine viel vollständigere Heilung erhalten

Die Rückfälle sind nach den Skarifikationen mindestens ebenso häufig, ja, wie mich bedünken will, sogar etwas häufiger als nach dem gemischten Verfahren.

Der Hauptvorwurf also, den man der Behandlung mit Skarifikationen machen mufs, ist, dafs sie so lange dauert, denn zur Heilung des Lupus auf diesem Wege sind Monate und Jahre erforderlich. Nur kurz hinweisen will ich auf die Gefahr der Autoinokulation, die mit diesem Verfahren verknüpft ist. Diese Gefahr ist immer vorhanden, da die Blut- und Lymphgefäfse inmitten des tuberkulösen Herdes gewaltsam geöffnet werden.

Einen grofsen Vorteil besitzen die Skarifikationen dagegen wiederum: sie führen zur Bildung einer sehr schönen Narbe, ohne Erhebungen, ohne Einsenkungen u. s. w. Daher ist diese Behandlungsart an den natürlichen Öffnungen, wie Mund, Nase u. s. w. sehr am Platze.

Ich pflege häufig noch nachträglich, nachdem ich auf irgend eine Weise, namentlich durch mein gemischtes Verfahren, Vernarbung erreicht habe, zu den Skarifikationen nach Vidal zu greifen, um meine Narbe zu verbessern. Darnach komm dann noch Empl. de Vigo zur Anwendung. Dieses Vorgehen erweist sich als eine sehr wohltuende Ergänzung der Lupusbehandlung.

4. Kauterisation.

a. Massen-Kauterisation. Dieselbe geschieht mittelst Ferrum candens oder Thermokauter und eignet sich zur Entfernung der groben Massen beim L. elevatus und L. hypertrophicus.

Zum regelmäfsigen Gebrauch möchte ich dieses Mittel nicht empfehlen, obschon ihm von so tüchtigen Dermatologen, wie Horand, Cordier (Lyon) u. s. w., der Vorzug gegeben wird. Beim Gesichtslupus wende ich es so gut wie nie an, da es hier zu arge Verwüstungen anrichtet; ich beschränke seinen Gebrauch vielmehr auf solche Fälle von Lupus, die nicht im Gesicht sitzen. Vereinzelt benutze ich Kauterisationen und scharfen Löffel, indem ich zuerst brenne, die verkohlten Teile alsdann wegkratze, um darauf, falls die Blutung nicht steht, noch einmal zu brennen.

b. Interstitielle, punktförmige Kauterisation. Dieselbe geschieht mittelst der feinen Nummern des Thermokauters oder des zweckmäfsigen Galvanokauters von E. Besnier und bildet ein sehr empfehlenswertes Verfahren. Denn mittelst jener feinen Spitzen lassen sich, wie gerade E. Besnier gezeigt hat, schöne, glatte und elastische Narben gewinnen. Allerdings habe ich auch bei meinen und fremden Patienten das Gegenteil beobachtet, dafs nämlich die so hergestellten Narben hervorsprangen und Neigung zur Keloidbildung zeigten. Um diesen Übelstand zu

vermeiden, thut man gut, nach dem Vorgang von Brocq mit den punktförmigen interstitiellen Galvanokauterisationen und linearen Skarifikationen abzuwechseln.

Besniers Galvanokauter ist unzweifelhaft das vollendetste Instrument in seiner Art. Auch bieten die Galvanokauterisationen den Vorteil, dafs man gleichzeitig an mehreren Stellen brennen kann, und dafs dabei die Nachbarschaft von der strahlenden Wärme nicht so sehr gereizt wird, wie beim Thermokauter. Trotz alledem ist letzterer doch vielleicht praktischer, auf jeden Fall für die meisten Ärzte leichter mitzuführen, und ich selber habe mit den feinen Spitzen desselben ebenso gute Ergebnisse erlangt wie mit dem Galvanokauter.

Indessen hat mich die Erfahrung doch gelehrt, diese Behandlungsart nur für besondere Fälle in Anwendung zu ziehen. Zum allgemeinen Gebrauch kann ich sie bei der Behandlung von Lupus mit diffuser, fungöser, kongestiver, hypertrophischer Infiltration nicht empfehlen. In allen diesen Fällen greife ich das Lupom viel lieber mit dem scharfen Löffel und kaustischen Mitteln an (gemischte Behandlung). Die feinen Spitzen des Galvano- oder Thermokauters sind schon deshalb zu verwerfen, weil sie bei grofsen Herden die Behandlung viel zu sehr in die Länge ziehen würden. Hingegen wende ich sie in meiner Klinik gern an, wenn es sich um die Zerstörung einzelner Knötchen handelt, die von einem dichten oder sklerosierten Gewebe umgeben sind, bei welchem man mit dem scharfen Löffel nur wenig ausrichtet.

Auch zur Zerstörung von Recidiven, die als vereinzelte, miliare Knötchen in den Narben auftreten, benutze ich immer dieses Verfahren. Denn hier giebt es in der Tat kein besseres Mittel, als den Galvanokauter von E. Besnier.

Auch beim L. sclerosus und L. vegetans wende ich denselben oder den Thermokauter gern an und verbinde damit das Auskratzen mittelst scharfen Löffels. Unterläfst man letzteres nämlich, so wird, wie ich gefunden habe, die Wirkung des glühenden Messers abgeschwächt, da es von den verkohlten Massen eingehüllt wird. Deshalb bediene ich mich nach dem Brennen immer erst des Volkmannschen Löffels, brenne dann wieder u. s. w., bis ich annehmen darf, das kranke Gewebe völlig zerstört zu haben. Eine derartige Operation erledige ich gewöhnlich in einer, nicht in mehreren Sitzungen.

Denn aus Gründen, die ich gleich nennen werde, halte ich es für richtiger, die Behandlung des Lupus nicht zu sehr in die Länge zu ziehen. Ich bringe deshalb meine Lupuskranken soviel wie möglich in meiner Klinik unter oder besuche sie in den ersten Tagen nach der Operation in ihren Wohnungen sehr fleifsig, um die Narbenbildung gehörig überwachen und rechtzeitig eingreifen zu können. Deshalb gebe ich auch in den meisten Fällen meiner gemischten Behandlung den Vorzug. So oft ich einen Lupus mit Kauterisation und scharfem Löffel angreife, lasse ich immer eine Behandlung mit antiseptischen oder Ätzmitteln nachfolgen.

5. Elektrolyse. Trotz der von Gärtner, Lustgarten, Hardaway u. A. berichteten günstigen Ergebnisse kann die Elektrolyse doch wohl nur bei ganz kleinen Infiltraten Anwendung finden. Ich habe beim Lupus von dieser Behandlungsart nicht viel Gutes gesehen und habe sie deshalb gänzlich verlassen.

Nur in einem Fall von ganz umschriebenem Lupus der Konjunctiva Palpebrae et Sclerae erwies sie sich mir nützlich. Auch bei der Verbesserung von Lupusnarben hat sie mir gute Dienste geleistet.

B. Örtliche Behandlung mit Medikamenten.

1. Örtliche Behandlung mit Medikamenten, die eine ulzeröse Nekrose der Lupome nicht herbeiführen.

Die hier in Betracht kommenden Mittel sind Blei-, Quecksilber- und Jodpräparate, Lösungen von Ferrum sesquichloratum, Natrium und Kalium; Resorcin, Ichthyol,

Jodoform; die Lösungen und Salben von Acid. chrysophanicum, Acid. pyrogallicum Acid. salicylicum, Emplastr. de Vigo mit Quecksilber u. s. w. u. s. w.

Mit keinem dieser Mittel kommt man zu einem befriedigenden Ergebnis. Sie alle bewirken eine leichte Reizung und gleichzeitig eine Art örtlicher Aufweichung. In Mengen angewandt, in denen sie nicht ätzend wirken, führen sie nur vorübergehende Besserung, aber keine Heilung herbei.

Eine Ausnahme hiervon machen indefs die Sublimatlösungen, die, in Form von häufigen Umschlägen angewandt, nach Doutrelepont den Lupus heilen sollen. Ich habe auch mit diesem Mittel niemals völlige Heilung erzielt, wohl aber habe ich es als Hülfsmittel bei Kauterisationen, Auskratzen und besonders bei dem gemischten Verfahren schätzen gelernt. Jedoch mufs man mit den Hg-Präparaten, namentlich wenn es sich um grofse Lupusflächen handelt, vorsichtig sein, da man sonst leicht Stomatitis mercurialis erzeugen könnte.

In vereinzelten Fällen bewirkte ich mit Ichthyol, rein oder als Salbe in Verbindung mit Salicylsäure, völlige Heilung des Lupus. Aber diese Fälle bilden eine solche Ausnahme, dafs ich das Ichthyol nur als Hülfsmittel bei verschiedenen Varietäten empfehlen möchte.

Von Brooke in Manchester wird neuerdings folgende Behandlungsweise vorgeschlagen: Man solle zuerst die erkrankte Stelle morgens und abends 20 Minuten lang massieren, alsdann mit folgender Salbe bestreichen:

Hydrarg. oleatis (2½—5%)	30,0
Acid. Salicyl.	0,7—1,0
Ichthyol.	0,5
Ol. Lavand. s. Citronellae	9,8

schliefslich mit einem gleichgültigen Pulver (Talcum) bestreuen.

Diese Behandlung ist auf meiner Abteilung erst seit zu kurzer Zeit in Gebrauch um schon ein endgültiges Urteil zu gestatten; sie scheint sich aber zu bewähren.

2. Örtliche Behandlung mit Mitteln, die die Zerstörung des Lupoms durch Ulzeration herbeiführen.

a. Interstitielle Kauterisationen. Der Gedanke, in das Lupom Mittel hineinzubringen, die es zu zerstören und — wie ich hinzufügen möchte — irgendwie zu sterilisieren imstande sind, hat auf den ersten Blick etwas sehr Verlockendes, und nach dem Vorgange von Dubini in Mailand sind von verschiedenen Forschern in dieser Richtung Versuche unternommen worden, so von Ernest Veiel, Lailler und Besnier, Auspitz, Campana und vor allem von Eduard Schiff, der vorgeschlagen hat, Jodglyzerin im Verhältnis von 1:20 mittelst einer Injektionsspritze in das lupöse Gewebe zu bringen.

Auch ich habe derartige Versuche mit verschiedenen Stoffen angestellt, so mit Sublimat- und Jodlösungen, mit Lösungen von Acid. pyrogallicum und Ichthyol, mit Jodoformpräparaten u. s. w. Die Erfolge waren aber ebenso ungenügend wie bei den ebengenannten Dermatologen, sodafs ich einer Weiterverbreitung dieser Behandlungsart nicht das Wort reden kann. Der Mifserfolg rührt in diesem Fall meines Erachtens daher, dafs die eingeführten Mengen nicht genügend diffundieren, um eine Zerstörung der lupösen Neubildung zu bewirken, dafs sie vielmehr ihren Angriff häufig gegen das umliegende Gewebe anstatt gegen das Lupom richten. Es bedarf diese Behandlungsart also noch wesentlicher Verbesserungen, ehe sie unter die gangbaren Methoden aufgenommen werden kann. Einstweilen ist sie nur bei einigen ganz ausnahmsweisen Fällen anwendbar.

b. Mittel, welche eine ulzerative Zerstörung der Lupome erzeugen. Dieses Verfahren stand vor einer Reihe von Jahren sehr in Ansehn, ist aber allmählich

zu Gunsten der neuern chirurgischen Methoden verlassen worden. Vielleicht mit Unrecht, denn in Verbindung mit den chirurgischen Maßnahmen, namentlich mit dem Auskratzen, könnte es ganz ausgezeichnete Dienste leisten.

Die Mittel, die dabei, teils rein, teils in Salben- oder Pflasterform, teils in Lösungen zur Anwendung kommen, sind zahlreich: Arsenik, Chlorzink, Kali causticum, Acidum carbolicum, aceticum, muriaticum, chromicum, Ferrum sesquichloratum, L'Huile de Noix d'Acajou (Cardoleum vesicans), Jodquecksilber, Jodschwefel u. s. w. Ich habe alle diese Mittel nach und nach gestrichen, weil sie teils ungenügend und zu unsicher wirkten, teils, wie das Ätzkali und Chlorzink zu schlechte, keloidartige Narben lieferten, oder weil sie endlich, wie die Arseniksalze, auf den Körper giftig wirkten.

Nur Pyrogallus- und Salicylsäure möchte ich beibehalten wissen, wenn ich auch nicht von letzterer allein, wie Unna, eine Heilung des Lupus gesehen habe. Ihre Wirksamkeit besteht vielmehr darin, daß sie die Lupome reinigt und bloßlegt. Zur weitern Behandlung eignet sich in erster Linie der Höllensteinstift, der trotz Kaposis begründeter Empfehlung in unberechtigte Vergessenheit geraten zu sein scheint; ferner die Milchsäure, deren Nutzen bei der Lupusbehandlung uns Doyen (Reims) kennen gelehrt hat; ferner die Jod-Quecksilber-Kali-Salben, auf deren Wirksamkeit mein Lehrer Lailler hingewiesen hat, und über deren Vernachlässigung man sich mit Recht wundern muß; endlich in zweiter Linie, und wegen der Gefahr einer Vergiftung nur mit Vorsicht zu verwenden: das Sublimat und das Hg bijodatum.

Zu dieser stattlichen Reihe örtlich wirkender Medikamente kommen noch als Hülfsmittel, wenn die lupöse Neubildung fast ganz zerstört und der Gebrauch der Ätzmittel schon einige Tage ausgesetzt ist: der Jodoformäther, der Naphthol- und Resorcin-Camphor, endlich, zur Beschleunigung der Vernarbung, Ichthyol und Aristol. Auf die Einzelheiten der Benutzung aller dieser Mittel, deren Dosierung und Anwendungsweise je nach den Fällen wechseln, kann ich hier nicht weiter eingehen. Es gibt keine für alle Lupusformen gleichmäßige Behandlungsart; letztere hat sich immer nach dem individuellen Fall und dessen verschiedenen Stadien zu richten.

Nur das Eine möchte ich hier ausdrücklich betonen, daß alle die genannten Mittel ihre Wirksamkeit erst entfalten können, wenn die Epidermis entfernt und der Lupusherd bloß gelegt ist. Ich gehe aber noch weiter: nicht nur die Epidermis muß entfernt werden, wenn die Mittel ihre volle Schuldigkeit thun, die Lupome gründlich zerstören und die Bildung einer möglichst vollständigen Narbe ermöglichen sollen — auch das Gröbste der Neubildung muß vorher weggeschafft sein, man muß einen ungefähren Überblick darüber haben, wie weit der Lupus sich in die Haut hinein erstreckt, um je nachdem die Dosierung und Wirkungsweise der Ätzmittel bestimmen zu können.

Deshalb entferne ich zuerst soviel wie möglich von der Neubildung mit dem Löffel, ehe ich mit den Ätzmitteln vorgehe. Denn die einfache Reinigung der Neubildung durch Salicylsäure oder Pyrogallussäure oder ein sonstiges derartiges Mittel reicht nicht aus. Nur mein gemischtes Verfahren, dem wir uns jetzt zuwenden wollen, genügt allen Indikationen.

C. Die gemischte Behandlung.

Dieselbe bildet für mich die Grundlage der Behandlung des Lupus vulgaris. Seit Jahren habe ich damit die schönsten Erfolge erzielt und wenn ich nicht fürchtete, eingebildet oder eitel zu erscheinen, so würde ich es auch aussprechen, daß ich mein Verfahren allen andern für überlegen erachte. Ich teile jetzt die Einzelheiten desselben mit.

Freilich nichts liegt mir ferner, als mein Verfahren für vollkommen zu halten. Im Gegenteil, ich sehe seinen grofsen Vorzug darin, dafs es noch beständig Verbesserungen zuläfst. Aber bedeutungsvoll erscheint es mir durch sein Prinzip, das mir bei meinen zahlreichen und unablässigen Versuchen zur Vervollkommnung der Lupustherapie immer als Richtschnur gedient hat.

Ein Teil der Gründe, die mich zu dieser Methode geführt haben, wurde bereits weiter oben angegeben. Mit am mafsgebendsten war dabei immer für mich, dafs diese Behandlung, ohne besondere Gefahren zu bringen, am schnellsten zum Ziele führt. Das ist aber, wo es sich um einen Lupus handelt, nicht ganz gleichgültig. Denn je rascher man ihn zum Schwinden bringt, um so rascher beseitigt man auch die vom Krankheitsherd drohende Infektionsgefahr. Auch ist es in der Krankenhaus- und Privatpraxis gleich wichtig, dem Kranken eine langdauernde Behandlung möglichst zu ersparen.

Auf den Einwurf, dafs ich auf diese Weise die Patienten zu einem Aufenthalt im Krankenhause zwinge, habe ich zu erwidern, dafs das gerade für die ersten vierzehn Tage der Behandlung sehr erwünscht ist, da die Kranken jeden Tag besucht und die Verbände von geübten Händen besorgt werden müssen.

Nur auf solche Weise erreichen wir eine dauernde Heilung und eine schöne Narbe. Wollen oder können sich die Kranken aber nicht aufnehmen lassen, so lasse man sie täglich in die Poliklinik kommen. Für die Privatpraxis gilt dasselbe, dafs man die Kranken in den ersten 14 Tagen täglich zu sehen hat.

Das Einzige, was man gegen meine Behandlungsart vorbringen könnte, betrifft das Aussehen der Narbe. Jedoch kann ich aus vielfacher Erfahrung versichern, dafs die Narben, wenn man nur das Verfahren richtig anwendet und sorgfältig vorgeht, ebenso schön wie bei der interstitiellen Kauterisation mittelst Thermo- oder Galvanokauter ausfallen. Bessere Narben erhält man in der Regel nur mittelst Skarifikationen von den Nachteilen dieser Behandlung war aber schon oben die Rede. Ich verbinde die Skarifikationen häufig mit meinem gemischten Verfahren, um bessere Narben zu erhalten; zur Beförderung der Heilung wende ich sie aber im allgemeinen nicht an.

Ich verfahre nun in folgender Weise: Ist der Lupus mit Krusten und Schuppen bedeckt, so erweiche ich dieselben mit Umschlägen, Kompressen, antiseptischen Zerstäubungen und Waschungen. Habe ich es mit einem L. non exedens mit zusammenfliefsenden Tuberkeln zu thun, so pflege ich die Fläche wohl mit einem starken Salicylpflaster oder Salbe zu reinigen. In 24 Stunden ist die Reinigung vollzogen.

In beiden Fällen anästhesiere ich alsdann die kranken Teile soviel wie möglich mit Cocain-Lösung, falls nicht besondere Umstände eine Chloroformnarkose notwendig machen, und entferne alsdann mittelst des scharfen Löffels soviel lupöses Gewebe wie möglich, während meine Assistenten für die Blutstillung durch Auftupfen mit antiseptischen Wattebäuschchen sorgen. Ich vollende diese Operation immer in einer Sitzung, wenn es geht, auch da, wo es sich um mehrere Lupusherde handelt. Die am meisten fungösen und am stärksten blutenden Stellen brenne ich dann häufig noch mit dem Thermokauter. In einer zweiten Sitzung wird alsdann mit einer feineren Curette nachgekratzt, um möglichst alles noch in den Ausbuchtungen der Haut sitzende lupöse Gewebe zu entfernen. Die Wunde wird darauf mit der von Verneuil eingeführten Äther-Jodoform-Watte betupft, um die Blutung zu stillen und auf den letzten Rest des kranken Gewebes einzuwirken.

Der nun folgende Verband richtet sich nach der Varietät des behandelten Lupus, nach der Ausdehnung der Infiltration in Breite und Tiefe, nach der Menge des lupösen Gewebes, das anscheinend noch zurückgeblieben ist. Liegt ein weicher, fungöser Lupus vor, oder habe ich den Eindruck, dafs ich mit der vorhergegangenen Operation

so ziemlich alles Krankhafte entfernt habe, so verbinde ich die Wunde täglich zweimal mit folgender Lösung:

Hydrarg. bichlor.	1,0
Alcohol	
Glyzerin.	ää 250,0
Aq. dest.	500,0

In andern Fällen ziehe ich Sublimatsalben von wechselnder Stärke vor. Freilich haben diese Salben, wenn es sich um ausgedehnte Flächen handelt, einen grofsen Nachteil: die Stomatitis mercurialis. Auch bin ich von ihrer Anwendung beim Gesichtslupus ganz zurückgekommen, weil sie hier bei etwas nachlässigem Gebrauch heftiges Ödem der Augenlider hervorrufen. Ich verwende sie deshalb nur beim Lupus des Rumpfs und der Gliedmafsen.

Vor jedem Verband, gleichviel welcher Art er sei, lasse ich die Wunde eine Viertelstunde lang mit der Sublimatlösung bestäuben, deren Zusammensetzung ich eben angegeben habe.

In den meisten Fällen, in denen ich nach der Operation noch eine energische Ätzung erzielen will, verwende ich Salben von Jodhydrargyrate de Potasse oder von Milchsäure. Diese beiden Mittel sind von ausgezeichneter Wirkung. Nur mufs man sehr vorsichtig mit ihnen umgehen, denn durch das geringste Versehen bei ihrer Anwendung kann das gesunde Gewebe der Nachbarschaft durch tiefe Brandherde zerstört werden. Daher sollten diese beiden Mittel nur von einem erfahrenen Dermatologen in Gebrauch gezogen werden. Die Jod-Jodkali-Quecksilber-Salbe wende ich so an, dafs ich damit kleine Stückchen Watte bestreiche und letztere auf die zu ätzenden Stellen bringe. Dieser Verband wird 2—5 Tage hintereinander täglich 2mal wiederholt. Die Milchsäure wende ich in einem Verhältnis von 4,0 : 6,0 Glyzerin an; die hiermit versehenen Watteteilchen lasse ich 2—7 Stunden liegen und wiederhole das Verfahren 1—2 Tage lang. In der Zwischenzeit wird die Wunde mit Watte bedeckt, die mit Naphthol und Camphor (ää) oder mit Resorcin (1,) und Camphor (2,) getränkt ist. Vor der Anlage des Verbandes wird die Wunde mit Sublimatlösung sorgfältig gereinigt und bestäubt, der Grund und die Ränder der Wunde mit Jodoformäther flüchtig bestrichen. Die erweichte Epidermis, die an den Rändern des Geschwürs sitzt, mufs man auf das Sorgfältigste entfernen.

Haben nun diese Mittel je nach dem Fall einen oder mehrere Tage gewirkt, so gehe ich zu Naphthol-Champhor- oder Resorcin-Camphor-Verbänden (für gewöhnlich ziehe ich das erstere vor) über, da dieselben die sich jetzt einstellenden Eiterungen in der günstigsten Weise beeinflussen. Dieser neue Verband wird 2—4 Tage lang täglich zweimal frisch angelegt; vorher wird das Geschwür wieder etwa 1/4 Stunde lang mit der Sublimatlösung bestäubt, darauf mit Jodoformäther gepinselt. Auch jetzt noch und während der ganzen Dauer der Behandlung mufs man die erweichte Epidermis vom Rande des Geschwürs auf das Peinlichste entfernen. Von diesem Zeitpunkt an darf man sich mit einiger Zurückhaltung des Höllensteinstiftes bedienen, um die etwa übrig gebliebenen lupösen Gewebsteile, die sich häufig als weiche, blasse, zuweilen auch umfangreiche Granulationen darbieten, nachhaltig zu zerstören. Komme ich hiermit nicht aus, so greife ich ohne Bedenken zum Thermo- oder Galvanokauter. Durch richtige Anwendung des Höllensteinstiftes kann man die Vernarbung beträchtlich beeinflussen und eine schöne Narbe erhalten.

Von den Naphthol- und Resorcin-Camphor-Verbänden gehe ich dann zum Emplastrum de Vigo mit Quecksilber oder schwachen Sublimatsalben über, denen ich zuweilen eine Einpuderung mit Jodoform voraufschicke.

Jedoch ist zu bemerken, dafs das Pflaster sowohl wie die Sublimatsalbe bei

einzelnen Patienten Ekzem verursachen. In diesen Fällen bestreue ich die Wunde mit Jodoform, das zuweilen einen Zusatz von Salol hat, und bedecke das Ganze mit einem mehrfach zusammengelegten Stück ungesteiften Tarlatane, das dick mit Salicylpaste bestrichen ist.

Wenn das Geschwür zu stark sezerniert, so verwende ich gewöhnlich das Ichthyol in Salbenform, das schnell eine Austrocknung bewirkt, oder ich verwende Aristol, mit und ohne Salol, als Pulver oder in Salbenform, und glaube auch damit eine schnellere Vernarbung herbeizuführen.

Ist endlich das Geschwür blafs und atonisch, so nehme ich Ferrum carbonicum, rein, oder in Verbindung mit Kohle oder Salol.

Bei dieser Behandlung vollzieht die Vernarbung sich schnell, so dafs sie 3—6 Wochen nach der Operation vollendet ist.

So handle ich bei tiefgehender Infiltration. Wenn aber das Auskratzen allein schon genügt, um alle Lupome zu entfernen, so finden die mächtigen Ätzmittel wie Milchsäure und Jod-Jodkali-Salbe natürlich keine Verwendung und ich komme mit den leichtern Mitteln, wie Naphthol- und Resorcin-Camphor und Höllensteinstift ganz gut aus.

Bei zerstreut und isoliert in ein derbes, skleröses Gewebe eingesprengten kleinen Tuberkeln kratze ich überhaupt nicht aus, sondern zerstöre die Lupome durch Skarifikationen oder mit dem Thermo- oder Galvanokauter nach Besnier. Dieses Verfahren empfiehlt sich auch für ganz kleine Lupusherde. Nach der Kauterisation lege ich eine Paste aus Amylum und Sublimatlösung oder eine schwache Sublimatsalbe auf, oder ich begnüge mich einfach mit Jodoformpuderung und nachheriger Anwendung von Emplastrum de Vigo mit Quecksilber. Nach Abstofsung der Brandschorfe folgt die oben angegebene Behandlung mit Naphthol- und Resorcinkamphor u. s. w. — Die Kauterisation mit dem Galvanokauter erweist sich namentlich bei den Lupusrecidiven nützlich.

Bevor ich nun zum Studium der Narbe übergehe, will ich kurz auf einige Zwischenfälle hinweisen, die die Heilung des Lupus verzögern können. Vom Ekzem war schon eben die Rede; darauf brauche ich wohl nicht wieder zurückzukommen. Aber über die para-lupösen Eiterungen möchte ich ein paar Worte sagen. Ich habe dieselben in einer Arbeit abgehandelt, betitelt: „Die kombinierte Wirkung des Kochschen Bazillus und der Eitererreger im Verlauf des Lupus“. Dieser Aufsatz findet sich in der *Médecine moderne* vom Nov. 1890 veröffentlicht.

Diese Eiterungen lassen sich glücklicherweise leicht mit Salicylpaste bekämpfen, zumal wenn man vorher das Geschwür mit Jodoform, Salol, Aristol, Jodol oder auch nur mit Kohle bestreut hat. Bei atonischem Geschwür sieht man von Verbänden mit Ferrum carbon. pulv. oft schöne Erfolge, indem sie eine schnelle Vernarbung bewirken.

Wenn sich der Lupus nun zur Vernarbung anschickt, so heifst es auf dem Posten sein, um eine schöne Narbe zu erhalten. Häufiges und umsichtiges Ätzen mit dem Höllensteinstift leisten hier treffliche Dienste, um Rückfälle zu verhindern und die Vernarbung zu beschleunigen. Wenn sie trotzdem auf sich warten läfst, so empfiehlt sich, wie schon erwähnt, das Ferrum carbonatum, dem man nach Belieben Jodol, Salol, Aristol hinzusetzen mag oder nicht. Ist die Narbe fertig, aber noch zu uneben, zu dick, zu rot, so kann man ihr, wie ich das in meinen Vorlesungen seit 1884 empfohlen habe, durch Skarifikationen und Empl. de Vigo mit Quecksilber die gewünschte Form geben. Diese Behandlung findet noch durch Massage und Elektrolyse eine wertvolle Unterstützung. Die fertige Narbe soll der Patient dann noch eine

Zeit lang des Nachts mit Empl. de Vigo oder Empl. rubrum nach VIDAL, des Tags mit einer Sublimatsalbe (1 : 1000—2000), mit etwas Talcum vermischt, bedecken.

Die Patienten sind noch lange Zeit nachher sorgfältig zu beobachten; man soll sie sich im ersten Jahr alle 2—4 Wochen, in den folgenden Jahren alle 2—4 Monate wieder ansehen. Dadurch kann man ein etwaiges Recidiv sofort energisch in Angriff nehmen und durch sofortige Zerstörung (am besten mittelst des Galvanokauters) der ersten Knötchen ein weiteres Umsichgreifen der Neubildung verhindern.

Die Rückfälle bilden sozusagen die Regel, denn in den allermeisten Fällen gelingt es trotz aller aufgewandten Mühe nicht, den Lupus völlig zu zerstören. Das Nämliche gilt auch noch allerdings mit einigen Einschränkungen für das Recidiv und so fort. Im allgemeinen verlieren aber die rechtzeitig und richtig behandelten Recidive immer mehr an Lebenskraft, so dafs man schliefslich, nach einer mehr oder minder grofsen Anzahl von Rückfällen, doch zu einer endgültigen Heilung gelangen wird. Man sieht also, wenn Arzt und Patient nur hartnäckiger sind, als der Lupus, so werden sie schon über ihn triumphieren.

Die Behandlung des Schleimhautlupus ist im wesentlichen die nämliche; vorzüglich wende man hier die Antiseptica und die schwachen Ätzmittel, vielleicht auch Skarifikationen an, ferner die Elektrolyse, die Galvanopunktur, den Höllensteinstift.

Hier ist das gemischte Verfahren freilich sehr schwer anwendbar.

Den Greisenlupus läfst man unter Umständen am besten ganz in Ruhe, oder behandelt ihn höchstens mit Empl. de Vigo oder Empl. rubr., nach der Angabe von BROOKE, mit andern Worten, mit wenig oder gar nicht zerstörenden Mitteln. Denn der Greisenlupus verläuft zuweilen so langsam, dafs das eher einer Heilung gleichkommt.

Ein Epitheliom, das sich etwa zum Lupus hinzugesellt, mufs so schnell wie möglich zerstört werden.

Nur eine langjährige Erfahrung kann den Arzt lehren, was er zu thun und welches Verfahren er bei jedem Fall einzuschlagen hat, denn jeder Fall erfordert seine besondere Therapie.

II. Innere Behandlung.

Hier kann ich mich kurz fassen, denn die innerliche Behandlung nimmt keine selbständige Stellung ein, sondern kommt immer nur als Unterstützungsmittel der örtlichen Therapie in Betracht. Sie zerfällt in die roborierende und die specifische Behandlung.

A. Roborierende Behandlung.

In erster Linie sind hier zu nennen: Leberthran, Arsen, Jod, die Amara, der Schwefel und seine Verbindungen, die Phosphate, Bäder und allgemeine Hygiene, wie man sieht, lauter Mittel, denen man einen Einfluss auf die vermeintliche skrofulöse Konstitution zuschrieb. Ich glaube aber, nachgewiesen zu haben, (*Bulletin Médical* 1888) dafs letztere gar nicht existiert. Die genannten Mittel wirken vielleicht auf die tuberkulösen Erkrankungen ein und vermögen wohl auch die lymphatische Konstitution umzustimmen.

B. Innerliche Behandlung, die anscheinend den Lupus unmittelbar beeinflufst.

1. Hierher kann man Jodoform, Jodol, Kreosot rechnen. Von ihnen wirkt das Jodoform wohl am besten, namentlich bei subkutaner Anwendung als Jodoformöl oder Vaselin nach der Angabe von MORELL-LAVALLÉE (*Annales de la Tuberculose.* Bd. II. u. *Bulletin Médical* 14. Dez. 1890).

Jedoch lieferte mir dieses Verfahren nur in einem Fall von Lupus ulcerogummosus einen nennenswerten Erfolg. Freilich habe ich es bisher auch nur selten angewandt, will es nun aber wieder von neuem versuchen.

2. Die Kochsche Behandlung; dieselbe ist noch zu neu, um ein Urteil darüber abzugeben. Jedoch drängen sich hier gleich verschiedene Fragen auf: a) ist sie mit Gefahren verknüpft? b) heilt sie den Lupus? bezw. heilt sie ihn schneller und besser als die älteren Verfahren? Einstweilen mufs ich die Antwort auf diese Fragen noch schuldig bleiben. Es sei mir aber gestattet, hierher die Worte zu setzen, die ich am 4. Dez. 1890 an Brown-Séquard als Antwort auf einen Brief schrieb, in welchem mich dieser berühmte Gelehrte um meine Ansicht über das Kochsche Verfahren befragte (*Archives de Physiologie.* 1890):

„Sie haben mir die Ehre angethan, um meine Ansicht über die Kochsche Ent-
„deckung zu bitten. Folgendes ist zur Zeit (4. Dez. 1890) meine Meinung.

„Durch das Kochsche Verfahren werden meine Untersuchungen aus dem Jahre
„1883 über die tuberkulöse Natur des Lupus vollauf bestätigt, indem die verschie-
„denen Kriterien klinischer, histologischer, bakterieller und experimenteller Natur
„nach durch den Eintritt der specifischen Reaktion, um nicht zu sagen, des therapeu-
„tischen Erfolgs ergänzt werden, so dafs die tuberkulöse Natur des Lupus nunmehr
„aufser allem Zweifel steht.

„Kommt nun zu der wissenschaftlichen und diagnostischen Bedeutung des Koch-
„schen Mittels auch noch sein therapeutischer Wert gegenüber der so gefürchteten
„Krankheit? Heilt die Kochsche Lymphe den Lupus? Hat sie schon einen Fall
„geheilt? Ist sie ein specifisches Mittel gegen Hauttuberkulose?

„Alle diese Fragen lassen sich augenblicklich noch nicht beantworten, weil wir
„noch nicht genügende Erfahrungen besitzen. Diejenigen, die nur einigermafsen mit
„dem Verlauf des Lupus und seinen verschiedenen Überraschungen Bescheid wissen,
„wissen auch, dafs man einen Lupus erst nach monate- und jahrelanger Beobachtung
„für wirklich geheilt erklären kann.

„Wie ich das in meinen Vorlesungen über den Lupus (*Journal des Maladies
„cutanées et syphilitiques* 1890) gesagt habe, verläuft derselbe in verschiedenen Schüben
„und Recidiven. Das neue Kochsche Verfahren ist nun aber erst einige Wochen alt,
„so dafs man vom klinischen und rein wissenschaftlichen Standpunkt aus noch nicht
„behaupten kann, dasselbe vermöge den Lupus zu heilen; denn wenn man damit
„auch eine gut aussehende Narbe erzielte, in der man keinen Lupusknoten mehr
„entdecken könnte, so dürfte man doch noch nicht von einer völligen Heilung reden.
„Habe ich doch oft genug Lupuskranke mit schönen Narben gesehen, bei denen sich
„schon nach wenigen Monaten wieder ein Recidiv einstellte. Solche Recidive sind
„auch bei mit Kochscher Lymphe behandelten Fällen bereits beobachtet.

„Thatsächlich ist mir aber noch kein Fall bekannt geworden, in welchem die
„Kochsche Lymphe einen Lupus geheilt hätte. Es ist immer nur von Besserung die
„Rede. Was es aber mit einer „Besserung" beim Lupus auf sich hat, das wissen wir
„Alle nur zu gut. So lange noch Lupome im Gewebe verbleiben, so lange ist der
„Lupus noch nicht geheilt, so lange ist immer noch ein Rückfall zu fürchten.

„Wenn wirklich durch die Kochsche Behandlung einige Fälle von Lupus ulce-
„rosus in die nicht ulzerierende Form umgewandelt sind, so will das wenig sagen,
„denn die Behandlung des L. non exedens ist ebenso schwierig, vielleicht noch etwas
„schwieriger, als die des L. exedens.

„Folgendes berichtete übrigens der berühmte Kopenhagener Dermatologe Has-
„lund von seiner letzten Berliner Reise: Er hat unter den ihm als geheilt vorge-
„führten Fällen von Lupus keinen einzigen als solchen anerkennen können. (*Semaine
„médicale*, 3. Dez. 1890. S. 440.)

„Diese Ansicht Haslunds stimmt mit den zahlreichen Mitteilungen überein, die
„ich erhalten habe. — Wir können also einstweilen von dem Kochschen Verfahren

„weder behaupten, dafs es den Lupus heilt, noch dafs es ihn nicht heilt. Erst nach „jahrelanger, eingehender Beobachtung und Untersuchung der Kranken läfst sich „hierüber etwas Bestimmtes aussagen. Jedes andere Verhalten würde unwissenschaft„lich sein, und ich bin überzeugt, dafs alle Dermatologen von nur einiger Erfahrung „diese Ansicht teilen. Wer anders handelt, läfst sich von einer unklugen Begeisterung „hinreifsen und fügt der Kochschen Entdeckung den gröfsten Schaden zu, was übri„gens niemand richtiger herausgefühlt hat, als Koch selber.

„Die bis jetzt zu Tage getretenen Wirkungen der Kochschen Lymphe berech„tigen nur zu dem Ausspruch, dafs dieselbe in ganz eigentümlich irritativer Weise „auf den Lupus einwirkt. — Führt diese Einwirkung auch zur Heilung? Wir wissen „es noch nicht. Erst die Erfahrungen der nächsten Jahre werden uns auf die fol„genden Fragen Antwort bringen:

„1. kann man mit dem Kochschen Verfahren den Lupus heilen? Kann man ihn „immer damit heilen?

„2. wie viele Zeit gebraucht man zur Heilung?

„3. Wie viele Einspritzungen sind erforderlich? Sind dieselben, namentlich im „Wiederholungsfalle, für den Patienten gefährlich?

„4. wie sieht die Narbe aus, die man bei diesem Verfahren erhält?

„5. wie häufig sind die Recidive? Denn nach erfolgter Vernarbung mufs man „doch noch eine zeitlang warten, um sicher zu sein, dafs kein Rückfall erfolgt.

„Diese verschiedenen Fragen lassen sich nur auf Grund einer gewissenhaften „Statistik zahlreicher Fälle beantworten. Erst dann werden wir imstande sein, den „Wert dieser neuen Behandlung richtig abzuwägen. Und wenn man damit wirklich „Heilung erzielt, so haben wir auch ihren Heilwert mit demjenigen der alten Methoden „zu vergleichen. Letztere haben einen grofsen Vorzug vor dem Kochschen Verfahren: „sie gefährden das Leben des Patienten nicht! Die örtliche Behandlung richtig durch„geführt, und namentlich mein gemischtes Verfahren, bringen weder das Allgemein„befinden noch gar das Leben der Patienten in Gefahr. Ist es ebenso mit Koch? „Wir werden es schon erfahren, aber erst nach einigen Jahren.

„Wie dem nun aber auch sei, ob die Kochsche Lymphe den Lupus nicht heilt, „oder ob sie sich schliefslich als eine der mächtigsten Waffen gegen denselben erweist „(denn dafs sie jemals alle andern, gegen denselben angewandten Mittel verdrängen „wird, glaube ich nicht; ist ja auch Koch selber weit von dieser Annahme entfernt) — „immer bleibt ihre specifische Einwirkung auf den Lupus als etwas Aufserordentliches „bestehen, und kann, falls sie sich für alle Fälle gleichmäfsig bewähren sollte, einen „diagnostischen Wert beanspruchen.[1]

„Einstweilen dürfen wir uns der Hoffnung hingeben, dafs die Kochsche Lymphe „eines Tages zu den wirksamsten Mitteln gegen den Lupus gehören wird.

„Die vorstehenden Betrachtungen sind auch mit Hinblick auf die Behandlung „der skrofulo-tuberkulösen Hautgummata geschrieben.

„Genehmigen Sie, verehrter Herr, den Ausdruck meiner tiefsten Hochachtung.

„Lille am 4. Dez. 1890.

Professor H. Leloir.

Ende.

---

[1] Im Interesse des Kranken müssen wir uns auch fragen, ob wir berechtigt sind, da, wo eine tuberkulöse Entzündung geheilt zu sein scheint, mit Hülfe dieses diagnostischen Hülfsmittels die latente Tuberkulose wachzurufen, die doch schliefslich durch interstitielle Resorption oder Sklerose heilen kann.

In zweifelhaften Fällen läfst sich die Diagnose auch durch Impfungen auf Tiere sichern, die richtig ausgeführt, in 99 von 100 Fällen erfolgreich sind.

Besprechungen.

Lupus vulgaris, speziell vom Standpunkt der Ätiologie, Pathogenie und Therapie betrachtet, von Dr. Dubois-Havenith. (Bruxelles. H. Lamertin. 1890. 156 Seiten mit 6 Photogravuren.) Der mit grofser Sorgfalt und Gründlichkeit verfafsten Arbeit legt der Verf. seine langjährigen, an einem recht stattlichen Beobachtungsmaterial (118 Fälle von Lup. vulg., 19 Fälle von Lupus erythem.) gesammelten Erfahrungen zu Grunde. Es werden nur die beiden innig zusammengehörigen Kapitel, die Ätiologie(-Pathogenie) und Therapie des Lupus besprochen, wobei die therapeutischen Betrachtungen den wesentlichen Hauptteil bilden des nach den beiden Richtungen hin vollkommenen Abrisses unseres Wissens und Könnens auf diesem Gebiete der Hautkrankheiten; das Kochsche Heilverfahren, dessen Veröffentlichung mit der Fertigstellung der Abhandlung zeitlich zusammenfiel, konnte auf diese Weise keine Berücksichtigung mehr finden. Nachdem nun die Erfolge dieses letzteren so wenig befriedigend ausgefallen, dafs weitere Versuche mit demselben von einer Anzahl namhafter Dermatologen — so von Besnier am Hôpital St. Louis — ganz aufgegeben wurden und man somit vor der Hand wieder zu den alten Methoden zurückzukehren sich genötigt sieht, hat die vorliegende Arbeit neben ihrer theoretischen Bedeutung den Wert eines zuverlässigen praktischen Leitfadens. — Der Verf. ist kein Anhänger einer bestimmten Behandlungsmethode, von der er in allen Fällen die besten Erfolge erwarten würde. Der allgemeinen und medikamentösen inneren Behandlung legt er nur einen geringen Wert bei; sie könne wohl bis zum gewissen Grade die Vermehrung der Bazillen und somit das Fortschreiten der Lokalerkrankung einschränken, doch eine **Heilung** könne man nur durch eine Lokalbehandlung erreichen. Von den hierbei angewandten Methoden, mögen sie eine regressive Metamorphose, Resorption, Elimination der lupösen Neubildung bezwecken oder auf mechanischem, chemischem Wege die Zerstörung des Krankheitsherdes anstreben, jede von ihnen hat gewisse Vorzüge und Nachteile je nach dem speziellen Standpunkte, von dem wir sie betrachten so z. B. der Autoinfektion, der Recidive, dem späteren Aussehen der Narbe, der Länge der Behandlung, der Lokalisation und Ausbreitung der Affektion u. dergl. Demgemäfs verfährt der Verf. streng individualisierend in der Wahl der Methoden; verschieden ist sein Verhalten bei einer primitiven lokalen Erkrankung, wo es gilt den übrigen Organismus vor der Infektion zu schützen, bei Fällen, wo die benachbarten Lymphdrüsen bereits ergriffen oder evidente Zeichen visceraler Tuberkulosen vorhanden sind, verschieden bei Lupusfällen der bedeckten oder freien Hautoberfläche. Dafs infolge operativer Eingriffe Tuberkelbazillen frei werden und innere Organe infizieren können, räumt der Verf. ein; doch dafs in dieser Beziehung die meist unblutigen Behandlungsmethoden vor den blutigen einen Vorzug verdienen, kann er Besnier, der die letzteren darum prinzipiell proskribiert, nicht beipflichten. In den wenigen Fällen, wo der Verf. nach Heilung des Lupus oder nach energischen operativen Eingriffen die Lungentuberkulose manifest werden oder sich verschlimmern sah, war die Kauterisation (Thermo- oder Elektropunktur) vorher angewandt worden.

Weidner-Schönbach.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Einige alt-keltische Heilmittel, von H. S. Purdon. (*British Journ. of Derm.* Dezember 1890.) Von den alten Heilmitteln sind manche wert der Vergessenheit entrissen zu werden, andere sind jedenfalls von geringer heilender Kraft. In dermatologischer Praxis war ein sehr beliebtes Mittel das Blatt der gewöhnlichen Plantane (Plantago lanceolata), welches mit Honig und Bienenwachs zu einer Salbe für ekzematöse Ausschläge verarbeitet wurde. Ferner galt (und gilt noch jetzt) eine mit dem Safte der Blätter der Heckenrose angerührte Salbe für sehr wirksam bei Verbrennungen und bei Furunkeln. Klebekraut (Galium aparinum) diente teils innerlich genommen teils in Form von Umschlägen bei Psoriasis und anderen schuppenden Affektionen. Als „blutreinigendes" Mittel und Diuretica galten der Beifuſs (Artemisia vulgaris) und die Sumpfbohne (Menyanthes trifoliata); Verf. empfiehlt sie bei Urticaria. Veilchenblüten kamen bei verschiedenen Hautaffektionen in Anwendung. Bekanntlich enthalten dieselben Salicylsäure und sind in neuerer Zeit von Strack, Hause, Piffard und anderen als wirksam gerühmt worden. *Philippi-Nieheim.*

Die Hautausschläge bei Dengue und Influenza, von Jules Rouvier (Beyruth). (*Journ. des mal. cut. et syph.* Bd. III. S. 102.) Diejenigen, die die Identität von Dengue und Influenza bestreiten, behaupten bekanntlich, daſs erstere immer, letztere nie mit Hautausschlag verbunden sei. Nun ist aber bereits eine gröſsere Zahl von Dengue-Fällen bekannt, die ohne Ausschlag verliefen. Verf. selber hat zweimal die Krankheit ohne Exanthem durchgemacht. Andererseits ist auch bei der letzten Influenza-Epidemie mehr als einmal Hautausschlag beobachtet worden.

Nicht nur aber, daſs Dengue ohne Exanthem verlaufen kann, so behauptet Verf. auch, daſs letzteres immer nur eine zufällige Komplikation, kein Symptom der Krankheit sei, daſs Dengue nicht zu den eruptiven Fiebern gehöre. Für diese Auffassung spreche die Vielgestaltigkeit des Exanthems, das Wechselvolle in seinem Auftreten, seinem Verlauf, seinen Folgen. Der Dengue-Ausschlag sei polymorph und identisch mit jenen Formen, die in den heiſsen Ländern im Sommer auch ohne sonstige Erkrankung aufzutreten pflegen.

Da nun die nämlichen Ausschlagsformen, an den nämlichen Körperstellen und mit dem nämlichen Verlauf auch bei der letzten Influenza-Epidemie zur Beobachtung kamen, so haben die Identitätsgegner allerdings einen etwas harten Stand.

Türkheim-Hamburg.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Bemerkung zum Ekzem der Bleicher, von H. S. Purdon. (*Brit. Journ. of Dermatol.* März 1891.) Verf. hat in Belfast, wo die Bereitung von Leinen in sehr ausgedehntem Maſse betrieben wird, häufig Gelegenheit gehabt ein hartnäckiges, tiefgreifendes Eczema rimosum oder fendrillé der Handteller bei Bleichern zu

beobachten. Dasselbe kehrt stets sehr leicht wieder, breitet sich aber meistens nicht weiter aus und mag wohl durch die Anwendung von Chlorkalium und Vitriol bei der Leinenfabrikation zum grofsen Teil veranlafst sein. Es ist nicht unwichtig von dem Vorhandensein auch dieser Berufserkrankung Kenntnis zu haben.

Philippi-Nieheim.

Eine Epidemie von Tinea Trichophytina cruris, von H. W. Stelwagon u. B. F. Stahl. (*Med. News.* Feb. 28. 1891.) Einer der Hausärzte des Philadelphia-Hospital erkrankte im Monat Juli an Eczema marginatum. Etwa 6—7 Wochen später entwickelten verschiedene der Kollegen sowie einige der Bediensteten und Pflegerinnen ebenfalls dasselbe, im ganzen waren ca. 25 Personen in wenigen Wochen befallen worden. Blonde Individuen schienen stärker empfänglich zu sein als brünette. Lokalisiert war die Affektion meistens auf die Gegend der Schenkelbeuge, doch wurden auch andere Teile, namentlich die Achselhöhlen, ferner Gesicht, Füfse, Extremitäten teils sekundär, teils auch primär befallen. Die Entzündung zeigte keine erhebliche Neigung zum Fortkriechen, wurde aber von stark reizenden Mitteln nur ungünstig beeinflufst. Eine Lösung von Natrium hyposulphit (1 : 8) erwies sich als das zweckmäfsigste. Als eine mögliche, wenn auch nicht unanfechtbare Ursache der Weiterverbreitung der Infektion wird angegeben, dafs die Leibwäsche der Ärzte und des Personals in denselben Apparaten, wenn auch nicht zur selben Zeit, gereinigt wurde. *Philippi-Nieheim.*

b. *der Cutis.*

Die Behandlung der Akne bei beiderlei Geschlechtern durch Beseitigung von Reizzuständen der Genitalorgane — eine Verallgemeinerung der Sherwell-schen Methode, von J. M. Winfield. (*Journ. cut. & genit.-ur. dis.* März, 1891.) Nach einer kurzen Übersicht der bisherigen Publikationen über den Zusammenhang zwischen Störungen des Genitalapparates einerseits und Akne vulgaris und Rosacea andererseits schildert Verf. seine Erfahrungen bei der Behandlung der Akne durch reflektorische Einwirkung vom Genitalapparat aus. Die Serie umfafst 9 männliche und ebensoviele weibliche Kranke, welche teils poliklinisch, teils privat behandelt wurden. Meistens waren erst die gewöhnlichen Mittel ohne Erfolg angewandt worden. Bei den männlichen bestand die Therapie in der von Sherwell empfohlenen Einführung einer kalten Stahlsonde in die Harnröhre zweimal wöchentlich oder einen um den anderen Tag. Häufig findet sich dabei eine Hypersensibilität bestimmter umschriebener Gebiete, welche sich im Verlauf der Behandlung völlig verliert.

Die weiblichen Kranken waren teils verheiratete Frauen, teils Jungfrauen. Bei ersteren kamen verschiedene gynäkologische Mafsregeln in Anwendung; dieselben genügten in vier Fällen ohne andere Hülfsmittel, um die Hautaffektion zu beseitigen. Bei den unverheirateten Kranken, bei denen meistenteils dysmenorrhoische Erscheinungen bestanden, waren heifse Scheidenausspülungen während der intermenstruellen Periode von bestem Einfluls. *Philippi-Nieheim.*

Über Acnitis, oder über eine besondere Varietät von Folliculitis und Perifolliculitis generalisata disseminata, von Barthélemy. (*Annal. de derm. et de syph.* 1891. S. 1.) Die vorliegende Arbeit hat B. in Gemeinschaft mit Darier, Jacquet und de Saint-Germain vollendet. Er macht darin den Versuch, aus der grofsen Gruppe der Folliculitis zwei Krankheitsbilder sui generis herauszuschälen; die eine nennt er Acnitis, die andere Folliclis. Von der ersteren Form teilt er 4 Fälle mit. In keinem derselben war eine bestimmte Krankheitsursache nachweisbar. Syphilis konnte mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

In den beiden von ihm beobachteten Fällen entstand die „Acnitis“ ganz plötzlich bei gesunden Männern, indem auf Schläfen und Stirn kleine subkutane Knötchen sich bildeten. Diese miliaren Knötchen sind sehr hart, ovalär, völlig schmerzlos; allmählich wachsen sie bis zu Erbsengröfse. Schneidet man ein solches Knötchen nach 8—10tägigem Bestande ein, so entleert sich ein kleiner Tropfen reinen Eiters. Überläfst man dagegen die Neubildung sich selber, so erweicht sie allmählich und scheint nun auch die Haut mit in die Entzündung hineinzuziehen, denn letztere rötet sich und läfst einen kleinen Eitertropfen durchsickern. Dann bildet sich eine Kruste, die mit Hinterlassung einer Narbe abfällt. Die Dauer eines solchen Knötchens beträgt im Mittel etwa einen Monat.

Der Lieblingssitz der Krankheit sind Kopf und Gesicht, dann folgen Hals, Rumpf, Lenden u. s. w.

Der Ausschlag scheint drei Monate nach Beginn seinen Höhepunkt erreicht zu haben; man kann dann im Gesicht 120—180 Elemente und ebensoviele am übrigen Körper zählen. Die Knötchen erscheinen schubweise, zuerst jeden 2ten—4ten Tag zu 12—15 Stück, später weniger. Die Krankheit dauert im ganzen ungefähr ein Jahr und bringt die Patienten sehr herunter. Quecksilber und Antiseptika haben sich für die Behandlung unnütz erwiesen; Besseres leisteten die Tonica.

Darier, der die Knötchen histologisch untersuchte, hat gefunden, dafs dieselben aus einem neugebildeten Gewebe bestehen, welches in der Haut um den Haarfollikel herumsitzt. Dieses Gewebe setzt sich zusammen aus runden, lymphoiden oder embryonalen Zellen; aus epithelioiden Zellen, und aus Riesenzellen. Es handelt sich hier also um eine besondere Form von Perifolliculitis, für die Darier einen parasitären Ursprung annimmt. (Der eitrige Inhalt der Knötchen erwies sich fast völlig frei von jeder Art von Mikrokokken.)

Die Folliclis ist ein mehr chronisches Leiden, steht aber auch in keiner Beziehung zur Syphilis. Bei ihr sitzen die Knötchen in der Haut, sind flach, anfangs papulös, später pustulös, hinterlassen eine braun bis schwarzgefärbte Narbe. Sie treten gern zu gröfsern Flächen zusammen, ohne indessen ganz zu verschmelzen; am Kopf kommen sie fast gar nicht vor. Sie scheinen ausschliefslich in den Follikeln des Haares, der Schweifs- und Talgdrüsen zu entstehen, weshalb B. für diese Erkrankung den Namen „Folliclis“ gewählt hat.

Jacquet, der diese Form histologisch untersucht hat, kommt zum Schlufs, dafs es sich hier um eine Perifolliculitis handle, die durch Mifsbildung von Haaren hervorgerufen werde. — Zwei hierher gehörige Krankengeschichten werden ausführlich mitgeteilt.

Eine schön ausgeführte Farbendrucktafel ist der Abhandlung beigegeben.

Türkheim-Hamburg.

Progressive Ernährungsstörungen.

I. Maligne.

Mosetig-Moorhof machte in der Sitzung vom 13. März der k. k. Gesellschaft der Ärzte Wiens (*Intern. klin. Rundschau.* 1891. No. 12) **weitere Mitteilungen über die sogenannte Tinktionstherapie bei malignen Neubildungen.** Zunächst werden zwei schon vor 6 Wochen demonstrierte Fälle vorgestellt, die jetzt geheilt sein sollen, ein Cystosarkom in der Gegend des Sternoklavikulargelenks, bei dem noch einige Reste zu sehen sind, die M. als Reste des Stroma, als Nester bindegewebiger Struktur auffassen möchte, und ein mannsfaustgrofses Sarkom am Unterkiefer; bei

diesem besteht jetzt eine knöcherne Höhle, die sich nicht mehr verkleinern kann. Sodann wird ein zerfallendes Karzinom der Zunge demonstriert, das sich unter der Behandlung verkleinert hat, die Zunge ist beweglicher geworden, der Gestank schwand, die neuralgischen Schmerzen ebenfalls. Ein weiterhin vorgestelltes Epitheliom des Gesichts ist ebenfalls wesentlich gebessert. Ferner trat bei weiteren 16 so behandelten Fällen von Neoplasmen subjektive Besserung ein, und auch objektiv ist der Befund befriedigend. Zwei Fälle sind gestorben, eine Frau mit Sarkom der Schilddrüse plötzlich an Kompression der Trachea und ein Mann mit Parotissarkom an Blutung aus der Vena jugularis communis. Sehr erstaunt war M., daſs sich bei zwei excidierten Neubildungen, die vorher tingiert waren, nach den Untersuchungen Riehls wohl eine diffuse Färbung der Gewebe, aber keine Färbung der Kerne fand.

In der Diskussion teilt Billroth mit, daſs er infolge des Tinktionsverfahrens nur Mifserfolge gesehen hat: nicht ulzerierte Sarkome erweichten und brachen auf, bei ulzerierten Karzinomen wurde keine Desodorierung erreicht und die Ausstoſsung der nekrotisierten Gewebsteile war minimal. Auch die von M. vorgestellten Fälle kann B. nicht als geheilt anerkennen, nur seien dieselben erfreulich gebessert. B. erklärt sich die Wirkung der Injektionen so, daſs das Wasser die Gewebe zur Quellung bringt, und daſs durch diese Quellung eine Ernährungsstörung, die eventuell in Nekrose endet, gesetzt wird. Daſs gerade die lebenden Kerne nicht tingiert werden, erscheint ihm bei der hohen Wichtigkeit, die dieselben für Ernährung und Funktion der Zellen haben, von einschneidender Bedeutung für die Hypothese in betreff der therapeutischen Wirkung des Methylvioletts. *Hahn-Bremen.*

II. Benigne.

Verkalktes Adenom der Haut. (*Transact. of Path. Soc.* London 1890.)

J. Hutchinson jr. demonstrierte in der Path. Soc. einen kleinen Tumor vom Vorderarme eines älteren Mannes. Er bestand seit mehreren Jahren und vergröſserte sich angeblich. Sein gröſster Durchmesser betrug $^3/_8$ Zoll, er war etwas abgeplattet, die Haut darüber leicht erhaben und verfärbt. Der Tumor lag hauptsächlich im subkutanen Fettgewebe. Nach der Anamnese hatte keine Talgcyste vorherbestanden, auch war nach der mikroskopischen Untersuchung ein derartiger Ursprung des Tumors nicht wahrscheinlich, da er keine Kapsel hatte. Der Tumor war steinhart, aber nach der Entkalkung konnten Schnitte angefertigt werden, die mit Hämatoxylin gefärbt wurden. Er bestand aus zusammengedrückten und verkalkten Drüsenschläuchen, die rundliche und vieleckige Zellen enthielten, kleiner, aber ähnlich denen, wie man sie in Talgdrüsen trifft. Zwischen den Schläuchen Bindegewebsfüge mit eingelagerten Kalkkörnchen und knöchernen Plättchen. An vielen Stellen in der Nähe der Schläuche vielkernige Riesenzellen, ähnlich denen, welche sich in Knochen entwickeln. Die Struktur sprach für Adenoma sebaceum, das sich allmählich verkalkt hatte. Einige der kleinen Arterien des Tumors hatten stark verdickte Wände, einige waren fast obliteriert. Möglicherweise ist die Verkalkung auch ein späterer Degenerationsprozeſs. Malherbes (Lyon) hat 12 derartige Fälle unter dem Namen „Verkalkendes Epitheliom" beschrieben. (S. *Verhandlg. des intern. med. Kongr.* 1881.) H. möchte diesen Tumoren nicht den Namen „Epitheliom" beilegen, da ihr Wachstum sehr langsam und durchaus gutartig ist. *Leslie Roberts-Liverpool.*

Sachregister.

Achorion 87. 254.
Achromatose, centrale 411.
Acnitis oder über eine besondere Varietät von Folliculitis und Perifolliculitis generalisata disseminata (Barthélemy) 546.
Addisonsche Krankheit 131. 245. 248. 409. — mit Erkrankung des centralen Nervensystems; — Fall von (Babes und Kalindero) 194.
Adenom der Haut, verkalktes (Hutchinson jr.) 548; — der Talgdrüsen 177.
Akne 364.
— atrophica 38; (Chausit) 39.
— cornée 38; ou sebacée 9. 39.
— comedo 39.
— décalvante 38.
— hypertrophica 38.
— inflammatoria 38.
— medicamentosa 38.
— miliaris 38.
— necrotica 38. 39. 237.
— punctata 38.
— rosacea 38. 219. 238. 368.
— syphilitica 38.
— varioliformis s. Akne necrotica.
— -Behandlung 39. 50. 237. 238. (Blanc) 87; — bei beiderlei Geschlechtern durch Beseitigung von Reizzuständen der Genitalorgane (Winfield) 546.
Akromegalie 475; — Fall von (Gerhardt) 166.
Aktinomykosis beim Menschen, Fall von (Fischer) 368; (Billroth) 501; — der Bauchdecken (Schreyer) 283.
Albinismus 412.
Alopecia, Fall von kongenitaler (de Molènes) 158; — mit Trichorrhexis (Blaschko) 398.
Alopecia areata 371; — über (Quinquaud) 46.
— —, Wesen und Ursache der (Plattner) 90.
— — und Trichophytie 230.
Alopecia areata, Zusammenhang mit chron. Gonorrhoe (Müller) 502.
— —, Augenerkrankung bei (Froelich) 503.
— —, Behandlung der (Taylor) 91; — mit Jod-Kollodium (Chatelain) 370.
Altkeltische Heilmittel, einige (Purdon) 545.
Alveoläre Epitheliome 194.
Amme eines syphilitischen Kindes warnen vor den ihr drohenden Gefahren? Soll der Arzt die (Fournier) 84.
Anämie, Blutuntersuchungen bei der durch Syphilis bedingten (Dehio) 366.
Analekzem 147.
Angiokeratom 69.
Angioneurose durch Tuberkulin 242.
—, reflektorische (du Mesnil) 279.
Anilinfarbstoffe, Behandlung maligner Neubildungen mit (Mosetig-Moorhof) 369.
Anilinöl gegen Lupus 356.
Antrophore bei Gonorrhoe 200.
Anuria paradoxa, über (Gerson) 374.
Aristol, über (Pollak) 149; — bei Hautkrankheiten (Gaudin) 41.
Aristolfrage, zur (Weifsblum) 413.
Aristolochia cymbifera 188.
Arsenikgebrauche, Hautpigmentierung nach längerem 158.
Artemisia vulgaris als Blutreinigungsmittel 545.
Arteriitis bei Gumma syphiliticum 154.
Arthritische Ekzeme 145.
Arthritis syphilitica 421.
Artifizielle Hauteruptionen 403.
Arzneiexantheme 151. 158. 189. 242.
Assyrier und Babylonier, Syphilis bei den alten (Proksch) 389.
Atheromcysten (Epidermoide Franke) nebst einigen Bemerkungen über Follikularcysten und Doppelkomedonen, Entstehung der (Török) 437. 482.

Atherome und Lipome, Lokalisation der subkutanen (Wedel) 370.
Atresia ani vaginalis, Beitrag zur Kasuistik der (Szukalski) 374.
Atrophie der Haut nach Typhus 509.
Augenbrauenekzem 146.
Augenerkrankung bei Alopecia areata (Froelich) 503.
Augenlider, Initialsklerose der 44.
Aussatz s. Lepra.
Ausschläge, Bakteriolog. Untersuchungen über einige vesikulöse und bullöse (Boinet) 152.

Babylonier und Assyrier, Syphilis bei den alten (Proksch) 389.
Bäder im Mittelalter 185.
Bakterienproteine und deren Beziehung zur Entzündung und Eiterung (Buchner) 187.
Bakterienzelle, Eiterungserregende Stoffe in der (Buchner) 187.
Balggeschwülste 486.
Bartekzem 146.
Bassorinpaste, eine neue Methode Hautkrankheiten zu behandeln (Elliot) 362.
Bauchdecken, 2 Fälle von Aktinomykose der (Schreyer) 283.
Beischlaf und seine Folgen beim männlichen Geschlecht, der unvollständige (Peyer) 407.
Bericht über das 1. Triennium der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis der städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld (Eichhoff) 236.
— über die in den Jahren 1888/89 in der dermatologischen Universitätsklinik und Poliklinik zu Berlin unter Leitung von Prof. Schweninger behandelten Kranken (Neuburger) 237.
— über die sanitären Zustände der Station Leopoldsville (Mense) 286.
— der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis in der k. k. Krankenanstalt Rudolf-Stiftung für 1889 (Mraček) 360.
— über 410 dermo-syphilidologische Krankheitsfälle, Klinischer (Stanziale) 385.
— des poliklinischen Instituts der k. k. deutschen Universität zu Prag (Winternitz) 476.
— des Vestre-Hospitals in Kopenhagen (Bergh) 76.
Berichtigung Nr. 1—4 von Dr. Jadassohn 203; — von Köbner 340.
Berliner Briefe s. Briefe.
Berliner dermatologische Vereinigung 177. 181. 397.
Bibliographie, internationale, Übersicht der (Rouvier) 186.
Bindegewebskörperchen, Entstehung des Narbengewebes, Schicksal der Leukocyten und die Rolle der (Sherrington und Ballance) 78.
Blase, Fremdkörper in der (Dittel) 373; und weiblichen Genitalien (Diefenbach) 375.
—, Beitrag zur Lehre von den Tumoren der (Janson) 374.
—, Harnbeschwerden alter Männer durch Insuffizienz der Muskulatur der 504.
Blasenkatarrh s. Cystitis.
Blasenruptur, Diagnose der (Braun) 375.
Blasenspeculum, ein neues 47.
Blasenstein mit 2 Facetten 47.
Blasentragende Zellen 69.
Blasentumoren bei der Sectio alta, Entfernung von (Watson) 47.
Blechplättchen bei torpiden Geschwüren (Moras) 503.
Bleicher, Bemerkungen zum Ekzem der (Purdon) 545.
Bleinachweis auf der Haut Bleikranker, Bedeutung des (Miura) 166.
Blennorrhagia urethrae s. Gonorrhoe.
Blennorrhoea urethrae s. Gonorrhoe.
Blutbefund bei Purpura haemorrhagica (Spietschka) 414.
Blutige Samenergüsse infolge einer Striktur 162.
Blutiger Schweifs bei einem hysterischen Manne (Imrédy) 91.
Blutschwitzen 91.
Blutuntersuchungen bei der durch Syphilis bedingten Anaemie (Dehio) 366.
Blutveränderungen bei Syphilis, morphologische (Antz) 266.
Braunfärbung s. Pigmentierung.
Briefe aus Berlin (Schweninger und Buzzi) II. Brief 108: — III. Brief 287.
— aus Wien (Schiff) 385.
Bromkalium bei Syphilis (Augagneur) 366.
Bronzekrankheit s. Morbus Addisonii.
Brustekzem 147.
Brustwarzen mit Goldschlägerhäutchen, Behandlung der wunden (Blechmann) 78.
Brustwarzenekzem 147.
Buchenholzteerkreosot gegen Lupus 356.

Canities 412.
Caries der Fufswurzelknochen mit Tuberkulin behandelt 248.
Cavernitis chronica, Beiträge zur Pathologie der (Niehus) 373.
Cellulome cystique 284.
Chancre larvé 282.
Chirurgische Infektionskrankheiten s. Infektionskrankheiten.
Chitin 281.
Chloasmata 127.
Cholestol 408.

Chondroarthritis syphilitica 420.
Chondritis syphilitica 420.
Chromatinnetz der Kerne nach Tuberkulineinwirkung 314.
Chromatophoren 122. 126.
Chromatophorenpigment 124.
Chrysarobin auf einige Fermente und auch gewisse Schizomyceten, Einwirkung des (Campana) 412.
Chrysarobinbehandlung der Trichophytia capitis 500.
Clavus syphiliticus (Buret) 467.
Coccidien auf die Dermatonosen. Gegenwärtige Anschauung über die Bedeutung der (Pospeloff) 328; — bei Hautkrankheiten 9.
Coitus interruptus 407.
Corpus cavernosum, eigentümlicher Tumor des (Pousson) 161.
Corps ronds bei Psorospermosis 64.
Croup, Tertiärinfektion nach (Goldstein) 80.
Cutis laxa (du Mesnil) 278.
Cylindrome multiple 194.
Cystadenom 236. 284.
Cysten der Haut 483.
Cystitis 162. 495.
—, Behandlung mit Ichthyol (Köster) 164.
Cystosarkom 547.

Dariersche Dermatose s. Psorospermosis cutanea.
Dengue und Influenza, Hautausschläge bei (Rouvier) 545.
Depigmentierungsmethode 125.
Depilation, Veränderungen der Haarfollikel nach der (Giovannini) 495.
Dermatitis herpitiformis s. Hydroa.
— papillomatosa 71.
— polymorpha 406.
— pustulosa 407.
— scarlatiniformis (Saint-Germain) 156.
— toxica 403.
— universalis exfoliativa 385.
— venenata traumatica 403.
Dermatitiden, polymorphe 406.
Dermatologie und Syphiligraphie zu Paris, Gesellschaft für 475.
—, Das Kochsche Verfahren in der (Thibierge) 507.
Dermatologische Gesellschaft zu New-York 71.
— Preisaufgabe s. Preisaufgabe.
Dermo-syphilidologische Krankheitsfälle, Klinischer Bericht über 400 (Stanziale) 385.
Dermatologische Vereinigung zu Berlin 177. 181. 397.
Dermatomyositis acuta (Unverricht) 285.
Dermatonosen, Gegenwärtige Anschauung über die Bedeutung der Coccidien auf die (Pospeloff) 328.
Dermato-syphilidologische Gesellschaft zu Petersburg 72. 266.
Dermoid 483.
Dermoidcysten 448; — in der rechten Mamma einer 66jährigen Frau (Herrmann) 200.
Diabetes insipidus syphiliticus (Obolenski) 231.
— mellitus, Gangraena spontanea bei (Schütte) 370.
Diabetische Xanthome 25.
— Gangraen 370.
Doppelkomedonen und Follicularcysten, Entstehung der Atheromcysten nebst einigen Bemerkungen über (Török) 437. 482.
Drillingshaare 372.
Drüsentuberkulose 506.
Durchsichtigkeit der menschlichen Haut (Gastreich) 495.

Eiterung und Entzündung, Bakterienproteine und deren Beziehung zur (Buchner) 187.
Eiterungserregende Stoffe in der Bakterienzelle (Buchner) 187.
Ekthyma 364.
Ekzem 144. 237. 336. 343. 413. 545.
Ekzem der Nasenlöcher 146; — der Augenbrauen 146; — der Lippen 146; — der Genitalien 147; — der Hände 147; — der Füfse 147; — der unteren Gliedmafsen 147; — der Nägel 148; — des Bartes 146; — des behaarten Kopfes 146; — der Brust und Brustwarzen 147; — des Kindes 148; — des Perineums 147; — des Anus 147.
— über das (Leloir) 156, — Natur und Behandlung (Unna) 367.
— theoretische und klinische Studien über (Gamberini) 500.
— zu Störungen des Nervensystems, Beziehungen des (Bulkley) E.-H. I. 309.
— der Bleicher, Bemerkungen zum (Purdon) 545.
— Ichthyol be 41; — Guacoextrakt bei (Butte) 188.
Ekzema acutum 145.
— cannelé 145.
— chronicum 146.
— craquelé 145.
— folliculare 145. 148.
— impetiginosum 13. 145. 286; — Natur des (Dubreuilh) 45; — Behandlung mit Tuberkulin 111; — mit Mineralwässern 148; — als Todesursache bei Kindern (Guaita) 368.
— marginatum 149. 264. 546.
— nervosum 145.

Ekzema parasitarium s. E. seborrhoicum.
— rimosum 545.
— seborrhoicum 13. 55. 145. 157. 230. 237. 237. 343. 413; — mit Tuberkulin behandelt 112. 340.
— seborrhoicum syphiliticum (Cutler) 71.
— tourniolique 157.
— tuberculosum 55. 145; — (Unna) 343; mit Tuberkulin behandelt 345.
Elastisches Gewebe, Notiz betreffend die Taenzersche Orceinfärbung des (Unna) 394.
Eleidin 23. 65. 483.
Eleidinfrage, zur (Winkler und Schrötter) 280.
Elektrischer Leitungswiderstand der Haut bei Sklerodermа (Lewith) 423.
Elektrolyse bei Harnröhrenstriktur, erfolgreiche, lineare (Fort) 162; — bei Lupus 535.
— zum Nachweise von Quecksilber in pathologischen Flüssigkeiten (Cathelineau) 165.
Elephantiasis, 2 Fälle von (Ingerslev) 88; — und Lymphangiom 284.
— congenita (Schlofs) 501.
— mollis und multiples hereditäres Fibroma molle (Moses) 157.
Elephantiastische Gesichtsformen (Obladen) 368.
Encephalopathie und Myelopathie, Ekzem infolge von, E.-H. I. 333.
Entfärbungen und Pigmentierungen der Haut, Pathogenese der (Kaposi) 410
Entzündung und Eiterung, Bakterienprodukte und deren Beziehung zur (Buchner) 187.
Epheliden, Lentigines und naevi pigmentosi, zur Anatomie der (Cohn) 119.
Epidermistransplantationen n. Thiersch (Hendrix) 412.
Epidermoide s. Atheromcysten.
Epididymitis bei Gonorrhoe 494.
—, die durch abdominelle Anspannung bedingte (Martin) 160.
— tuberculosa mit Tuberkulin behandelt (Schwimmer) 241.
Epitheliom, Sporozoen bei 10.
— multiples 385.
— des Gesichts 548.
— der Haut, verkalkendes 548.
— mit Tuberkulin behandelt 248.
Epithelioma contagiosum 10. 66. 328. 329.
Epitheliome mit myxomatösen Einlagerungen, alveoläre 194.
Epithelpigment 135.
Ergrauen der Haare s. Canities.
Erklärung (Libberts) 507.
Ernährung im Mittelalter 185.
Erröten als eine Ursache krankhafter Veränderungen, Disposition zum (Hutchinson) 218.
Errötungszone 218.
Erysipelas migrans, Heilung recidivierter multipler Sarkome der Hautdecken nach einem (Langenbuch) 157.
Erysipelbehandlung 55. 237; — mit Ichthyol (Fessler) 229; — mit Sublimat (Gottstein) 501.
Erysipelstreptokokkus, Anscheinender Antagonismus zwischen Syphilis und dem (Horwitz) 468.
Erythem 404.
— der Errötungszone 220; — bei Urogenitalleiden 279.
Erythema exsudativum mit hohem Fieber, drei Fälle von (Liszt und Szöllösi) 496.
— nach Kalomelgebrauch (Dubreuilh) 189.
— nodosum 404; (Pfeiffer) 281; — Fall von (Settgast) 283; — (Comby) 369.
— scarlatiniforme 385. 405.
— intertrigo 403.
— polymorphum 404.
— rubeoliforme 405.
— solare 410.
— toxicum 403. 410.
Erythrodermie 77.
Extragenitale Syphilisinfektion s. Initialsklerose.

Facies leonina 153.
Färbungsmethode der Rhinosklerombacillen, neue (Mibelli) 293.
Favus 236; (Frank) 254; — Zur Diagnose des (Dubreuilh) 199.
Favusartigem Ausschlage gefunden wurde; experimentelle Untersuchung eines Pilzes, der in einem (Fortunet) 87.
Favusfall, über einen (Karewsky) 90.
Fermente, Einwirkung des Chrysarobins auf einige (Campana) 412.
Fibrinfäden bei Psorospermosis 21.
Fibrom, diffuses lupöses 348.
Fibroma molle und Elephantiasis mollis, hereditäres multiples (Moses) 157.
— molluscum 368: (du Mesnil) 278.
— histologischer Beitrag zur Lehre vom (Loewenstein) 285.
— tuberculosum 313.
Fibroneurome 279.
Fibrosarkom's auf Ratten, erfolgreiche Transplantation eines (v. Eiselsberg) 236.
Filamenta urethralia, Untersuchungen über (Gabriel) 375.
Finisse 49.
Flora dermatologica VIII. (Unna) 249.
Folliclis 546.
Follicularcysten und Doppelkomedonen, Entstehung der Atheromcysten nebst einigen Bemerkungen über (Török) 437. 482.

Folliculite microbienne 398.
Folliculitiden 38. 76.
Folliculitis und Perifolliculitis generalisata disseminata, über Acnitis oder über eine besondere Varietät von (Barthélemy) 546.
— praeputialis 2.
— rubra 87.
Follikel nach der Depilation und über die Art und Weise der Haarneubildung; Veränderung der (Giovannini) 186. 495.
Framboesia luposa 525.
Framboesie 286.
Fremdkörper in der Blase (Dittel) 373; und den weiblichen Genitalien (Diefenbach) 375.
Frost der Lippe (Taenzer) 56.
Frostbeulen, s. Perniosis.
Fungöser Schanker 421.
Furunkel, Zur Pathologie und Therapie des (Dreyling) 193.
Furunkelbehandlung mit dem Safte der Heckenrose 545; — mit Ichthyol 412.
Fufsekzem 147.
Fufssohlen, Keratosen der 167.

Galium aparinum gegen Psoriasis 545.
Gangraena 476.
—, symmetrische, Beziehungen zum Lupus erythematodes 221.
— der Haut, multiple kachektische 236.
— spontanea bei Diabetes mellitus (Schütte) 370.
— diabetica et senilis, die in den Jahren 1885—1890 in der Greifswalder chirurgischen Klinik vorgekommenen Fälle von (Laschke) 370.
Gaumensegel, Halbmondförmige Durchbohrung des (Natier) 202.
Gehirnsyphilis, ihre Diagnose und ihr Verhalten zu anderen Erkrankungen des Centralnervensystems (Tarnowsky) 324.
Gelatinepasten 362.
Gelenkkrankheiten, Beiträge zur Kenntnis der syphilitischen (Rasch) 420.
Gelenkserkrankungen, syphilitische 177.
Genitalapparat, Beziehungen der Hysterie zum (Reischauer) 375.
Genitalien und Blase, Fremdkörper in den weiblichen (Diefenbach) 375.
Geschlechtskrankheiten in Krankenkassen und Heilanstalten, Behandlung der (Blaschko) 359.
Geschlechtsorgane, Erkrankungen der (Neuhaus) 200.
— Spinalirritation und ihre Beziehungen zu den Erkrankungen der (Peyer) 159.
Gesichtsekzem 147.
Gesichtskrebs s. Kankroid.
Gesichtsröthe 218.
Gesichtsformen, elephantiastische (Obladen) 368.
Gesundheitspflege im Mittelalter (Kotelmann) 184.
Gingivitis mercurialis 476.
Gliedmafsen-Ekzem 147.
Glossitis superficialis 149; — papulosa acuta 149.
Goldschlägerhäutchen für wunde Brustwarzen (Blechmann) 78.
Gonococcus, der Neisser'sche (Anfuso) 505; — über Reinkulturen des (Schrötter und Winkler) 201.
Gonorrhoea der paraurethralen und praeputialen Gänge, zur Frage der (Fabry) 1.
— Hautausschlag bei (Perrin) 189; — Purpura bei 279.
— Behandlung 77; — mit Ichthyol (Köster) 164; mit Antrophoren (Neuhaus) 200.
— zu verhüten? Vermag der compressor urethrae das Weiterschreiten der akuten (Róna) 162.
— anterior, Therapie der (Lonz) 475.
— posterior resp. totalis mittelst Irrigators, ohne Katheter, Behandlung der (Róna) 492.
— chronica, Zusammenhang der Alopecia areata mit (Müller) 502.
Gonorrhoische Ophthalmie, heimtückische schwere Form der (Trousseau) 164.
— Periostitis (Raynaud) 375; — und Synovitis tendinosa (Ozenne) 475.
Grains bei Psorospermosis 62.
Granuloma fungoides 402; (Dubreuilh) 157; (Doutrelepont) 368; (Schumacher) 368.
— oder Sarkomatosis cutanea (Reboul) 369.
Gregarinen s. Sporozoen.
Guacoextrakt, Behandlung verschiedener Hautkrankheiten mit dem wässerigen (Butte) 188.
Gürtelrose s. Zona.
Gumma syphiliticum und der tertiären Störungen im allgemeinen, Beitrag zur Histologie des (Marfan und Toupet) 154.
— der Unterhaut, tuberculöse 364.
Gummöse Ulzeration, ausgedehnte (Lang) 472.

Haare, Ergrauen der s. Canities.
Haarfollikel nach der Depilation, Veränderungen der (Giovannini) 495.
Haarmifsbildungen, über einige (Mibelli) 371.
Haarneubildung, Veränderung der Follikel nach einer Depilation und über die

Art und Weise der (Giovannini) 186. 495.
Haarpflege im Mittelalter 185.
Haarzunge, Beitrag zur Aetiologie und Pathogenie der schwarzen (Walleraud) 165.
Haemoglobingehalt des Blutes bei Syphilis 267.
Haemorrhagie 410; — vaginale (Duchaussoy) 162.
Haemorrhagisch-pustulöse Dermatose durch Rheum (Litten) 151.
Haemorrhagische Diathese bei Syphilis 360.
Haemorrhoiden und ihre Behandlung (Berberich) 502.
Hamburger ärztlicher Verein 74.
Hand, Hypertrophie der (Castel) 475.
Handteller, Keratosen der 167.
Handekzem 147.
Hanoï, Lepra in (Boinet) 82.
Harnbeschwerden alter Männer, Hauptursachen der (Haustaedt) 504.
Harnblase s. Blase.
Harninfiltrationen, Behandlung durch die Urethrotomie 202.
Harnorgane, Erkrankungen der (Neuhaus) 200.
Harnröhre s. Urethra.
Harnröhrenschanker, zur Lehre vom (Grünfeld) 282; (Gebert) 192.
Harnröhrensteine (Bewerunge) 372.
Harnröhrenverengung s. Striktur.
Harter Schanker s. Initialsklerose.
Haut, Funktionen der (Sarasohn) 408; Durchsichtigkeit der menschlichen (Gastreich) 495.
— Akutes Oedem der (Courtois-Suffit) 42.
Hautausschlag bei Gonorrhoe 189; — bei Dengue und Influenza (Rouvier) 545.
Hautfibrome s. Fibrome.
Hautgangraen s. Gangraen.
Hauthörner 69.
Hautjucken 150.
Hauterkrankungen, Menthol bei prurigin ösen (Dubreuilh und Archambault) 150.
Hauteruptionen artificielle 403.
Hautkrankheit, über eine noch nicht beschriebene (Saalfeld) 181.
Hautkrankheiten, Beiträge zur Anatomie und Aetiologie einiger (du Mesnil) 278.
— bei Kindern, skrofulöse (Gillet) 364.
— Die (Eichhoff) 230; — mit einem Abriss der Symptomatologie, Diagnose und Aetiologie, Behandlung der (Brocq) 38. 144. 403.
— und Syphilis der städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld, Bericht über das erste Triennium der Abteilung für (Eichhoff) 236.
— Aristol bei (Gaudin) 41; Ichthyol bei (v. Hebra) 141; Bassorinpasten bei 362.
Hautkrankheiten, wässeriger Guacoextrakt bei (Butte) 188.
Hautleitungswiderstand bei Sklerodermie, elektrischer (Lewith) 423.
Hautpflege im Mittelalter 185.
Hautpigment, Ort der Bildung des (Caspary) 409.
Hautpigmentierungen 132.
Hautresorption medikamentöser Mittel 388.
Hauttransplantation bei ausgedehnter gummöser Ulzeration (Lang) 472.
Hauttuberkulose s. Tuberkulose.
Hautveränderungen bei einigen vasomotorischen Dermatosen (Jacquet) 77; bei Syringomyelitis (Thibierge) 150.
Heilanstalten und Krankenkassen, Behandlung der Geschlechtskrankheiten in (Blaschko) 359.
Heilmittel, einige altkeltische (Purdon) 545.
Hemiatrophia facialis progressiva (Pajenkamp) 370.
Hermaphroditismus (Fitch) 160.
Herpes 76. 152; — mit Tuberkulin behandelt 111.
— zoster s. Zona.
— tonsurans s. Trichophytia.
— digitalis 182.
— labialis nach Tuberkulininjektion 288.
— iris 404.
— gestationis 407.
Hirnsyphilis, Beitrag zur Diagnose und Prognose (Harmsen) 365.
Hodenerkrankung, syphilitische 177.
Hölzernes Oedem s. Oedem.
Hydrargyria bullosa (Besnier) 475.
Hydradenom 236. 284.
Hydroa vera 405.
— eine unvollständige Varietät der (Brocq) 79; Fall von (Palm) 184.
Hymen und Vagina, Beitrag zu den Mifsbildungen des (Sachrendt) 505.
Hyperaemie 410.
Hyperpigmentose 411.
Hysterie zum Genitalapparat, Beziehungen der (Reischauer) 375.
Hypertrophie der linken Hand (Castel) 475.

Jahresbericht s. Bericht.
Ichthyol bei Hautkrankheiten (v. Hebra) 41.
Ichthyol- und Ichthyolkarbolfirnisse (Unna) 49.
Ichthyoltherapie, Beiträge zur (Köster) 164; (Müller) 412.
Ichthyolwirkung auf Streptococcus pyogenes et erysipelatis 229.
Ichthyosis 86.
— intrauterina, 2 Fälle von (Elliot) 499.

Impetigo 145. 364; über die Natur der (Dubreuilh) 45.
— contagiosa 236.
— universalis 360.
Impetiginöses Ekzem s. Ekzema.
Induratives Oedem s. Oedema.
Infektionskrankheiten, klinisch-experimentelle Studien über chirurgische (Fessler) 229.
Influenza und Dengue, die Hautausschläge bei (Rouvier) 545.
Intertrigo-Behandlung 55.
Initialsklerose 476; über die (Palmer) 472.
— am Arme (Bernard) 365. (Feulard) 475; der Augenlider 462; Untersuchung über die (Fortuniadès) 44.
—, welche vom 1. Febr. 1888 bis 1. Febr. 1889 auf Fourniers Klinik vorkamen, Statistik der extragenitalen (Veslin) 85.
— Dieselbe Statistik über den Zeitraum vom 1. Febr. 1889 bis 1. Febr. 1890 (Feulard) 85.
— in der Nasen-Scheidewand rechts (Marfan) 85.
— extragenitale 236; (v. Broich) 365. (Heister) 419.
— an der Vaginalportion 360.
— am Kinn (Windheuser) 365.
— der Finger 461; (Taylor) 421; der Lippen 365. 459.
— der Tonsillen 420. 461; (Szadek) 365.
— der Urethra 192. 282; am Anus 464.
— am Bauche 461; an der Stirn 461;
— multiple 463.
Jodkalium in Salbenform, Resorption von (Peters) 237.
Jodkollodium gegen Alopecie (Chatelain) 370.
Jodol in der syphilidologischen Praxis, therapeutische Verwendbarkeit des (Szadek) 43.
Irrigatorbehandlung der Gonorrhoea posterior 492.
Isthmus faucium, Narbiger Verschluss infolge von Syphilis (Sauvineau) 468.

Kallöse Strikturen s. Strikturen.
Kallusgeschwülste der männlichen Urethra (Schuchardt) 161.
Kalomel, Erythem nach dem inneren Gebrauch von (Dubreuilh) 189.
Kalomelinjektionen, über die vermeintliche Gefahr der subkutanen (Smirnoff) 422.
Kampfer gegen Lupus 358.
Kankroid der Wange durch Pyoktanin, Heilung eines Falles von (v. Sehlen) 515.
Kantharidinsaure Salze bei Lupus, Wirkung der (Saalfeld) 418.
Karbolichthyolfirnifs (Unna) 49.
Karbolsäure gegen Lupus 355.
Karzinom der Zunge 548.
— Sporozoen bei 10. 329.
— und Syphilis (Ingenhoven) 369.
Karzinome durch Hauttransplantation nach Thiersch, künstl. Ueberhäutung offener (Goldmann) 193.
—, Pyoktanin gegen 369. 515. 547.
—, Pigmentbildung bei 411.
—, Resorcinpflastermull bei 173. 174; Tuberkulin bei 182.
Karzinomzellen 313; protozoen- und kokcidienartige Mikroorganismen in (Schütz) 194.
Kehlkopfsyphilis (Lewin) 397.
Keloid 324; (Fox) 71.
— Symptomatologie und patholog. Anatomie des (Leloir und Vidal) 89.
Keratodermia palmaris et plantaris (Hallopeau und Claiste) 475.
Keratohyalin 22. 65. 124.
Keratoma palmare 171.
Keratose, Sporozoen bei einer gewissen 9.
Keratosen der Handteller und Fufssohlen, Bemerkungen über einige (Brooke) 167.
Keratosis erythematosa 170.
— follicularis 12.
— pilaris, Beiträge zur Geschichte der (Brocq) 86.
Kerninfiltrate 132.
Kiewer Gesellschaft der Ärzte 73.
Kinderekzem 148.
Kleidung im Mittelalter 185.
Knochenerkrankung bei Syphilis hereditaria 155.
Knochentuberkulose s. Caries.
Koccidienartige Mikroorganismen in Krebszellen 194.
Kochsches Heilmittel s. Tuberkulosebehandlung.
Koitusverletzungen, zur Kasuistik der (Spaeth) 160.
Kolloidmilium 236; (Fox) 72. 284.
Komedonen 489.
Kongress (X.) für innere Medizin in Wiesbaden 239.
— russischer Ärzte zum Andenken Pirogoffs in Moskau 324. 473.
Kopfhauttumoren 194.
Krankenkassen und Heilanstalten, Behandlung der Geschlechtskrankheiten in (Blaschko) 359.
Krätze s. Scabies.
Kratzwirkungen 336.
Krebs s. Karzinom.
Kreosotöl ins Unterhautzellgewebe einzuspritzen, Apparat (Burlureaux) 475.
Kühlsalben 363.

Läuse s. Pediculosis.
Lanolin im menschlichen Organismus, Vorkommen des (Liebreich) 408.

Lanolin zur Kenntnis des (Unna) 363.
Leichdorn s Clavus.
Leichengift, Resorcin gegen (Andeer) 475.
Leichentuberkel s. Tuberculosis verrucosa.
Leistennetz, epitheliales 415.
Leitungswiderstand der Haut bei Sklerodermа, elektrischer (Lewith) 423.
Lentigines, Epheliden und Naevi pigmentosi, zur Anatomie der (Cohn) 119.
Leopoldsville, sanitäre Zustände in (Mense) 286.
Lepra 286; über (Viotti) 80; Fall von (Joseph) 153.
— Journal der Gesellschaft z. Erforschung der (Abraham) 82.
— chirurgische Behandlung der Komplikationen der (Swift) 82.
— in Hanoï (Boinet) 82.
— Beobachtungen und Versuche über die Aetiologie der (Rake) 230.
— und Leproserien (Petersen) 326.
— Infektiosität der (Polotebnoff) 326.
— mit besonderer Berücksichtigung der Übertragung durch Heredität und Kontagium (Arning) 417.
Lepra-Behandlung mit Tuberkulin 184. 385; (Arning) 101; (Maes) 107; (Babes und Kalindero) 243; (Goldschmidt) 244. 499; (Unna) 342.
Leprabacillen 83;
— und Tuberkelbacillen, neue Färbemethode für (Unna) 477.
Leprabacillus ähnlicher Bacillus, der sich in Gewebskulturen von Lepra tuberculare entwickelte, ein dem (Campana) 363.
Lepraimpfung 417.
Leprosy s. Lepra.
Leukocyten und die Rolle der Bindegewebskörperchen, Entstehung des Narbengewebes, Schicksal der (Sherrington und Ballance) 78.
Leukoderma syphiliticum 411.
—, über (Fiweisky) 473.
Lichen planus 71. 203; — mit Tuberkulin behandelt 110; — in Form von anastomosierenden Strängen (Dubreuilh) 157; — in Verbindung mit Keratosis der Handteller und Fufssohlen 167.
— scrophulosorum mit Tuberkulin behandelt 110.
— simplex chronicus (Vidal) oder L. circumscriptus der früheren Autoren (Brocq und Jacquet) 497; — der alte Lichen circumscriptus der früheren französischen Autoren, wird durch die neuen Arbeiten von Brocq und Jacquet wieder als besondere Krankheitsform anerkannt (Wickham) 336.
— syphiliticus mit Tuberkulin behandelt 107; — als Mischinfektion von Syphilis und Tuberkulose 367.
— tropicus 286.
Lidrandekzem 146.
Lineae albicantes 513.
Linsenflecke s. Lentigines.
Lipome und Atherome, Lokalisation der subkutanen (Wedel) 370.
Lippenekzem 146.
Lippenfrost, über (Taenzer) 56.
Lippensyphilis, über (Lewin) 397.
Litholapaxie (Chismore) 47.
Lupus agminatus 458.
— elephantiasticus (oedematosus, hypertrophicus) 457. 467.
— elevatus 450.
— erythematodes s. Ulerythema centrifugum.
— exedens 519.
— der Extremitäten (Hahn) 281; (Reuter) 417.
— des Gesichts mit unmittelbar darauffolgender Hauttransplantation, Fall von Excision des (Fowler) 418; — disseminatus des Gesichts (Fox) 72.
— des Gesichts — Tod 36 Stunden nach Injektion von 2 Milligramm Kochscher Lymphe (Jarisch) 436.
— hypertrophicus non exulcerans 506.
— phagedaenicus 528.
— planus pityrisiacus 323.
— über Plasmazellen insbesondere beim (Unna) 296.
— sebaceus 222.
— sclerosus 452. 455; am Halse 466.
— ulcerosus profundus 527.
— — serpiginosus 526.
— superficialis 522.
— verrucosus 364; am Handrücken (Robinson) 467.
— vorax 528.
— Vorlesungen über (Leloir) 317. 450. 519.
— vulgaris erythematoides 451.
— vulgaris speciell vom Standpunkte der Aetiologie, Pathogenie und Therapie betrachtet (Dubois-Havenith) 544.
— der Zunge 150.
Lupusbehandlung 50. 177. 237 (Unna) 74.
— nach Koch (Köhler) 92; — (Henoch) 97; — (Schede) 105; — (Helferich) 98; — (Maes) 106; — (Schweninger und Buzzi) 108. 288; — (Thibierge) 153. 224; — (Rosenthal) 179. 182; — (Lassar) 180. 340. 386; — (Isaac) 183; — (Schwimmer) 240; — (Schmidt) 242; — (Alsberg) 243; — (Esmarch) 243; — (Rumpf) 243; — (Israel) 245; — (Rydigier) 248; — (Kaposi) 282; — (Bardenheuer) 338; — (Brieger) 338; — (Lichtheim) 340; — (Fournier) 436; — (Schtschepotjeff) 473; — (Doutrelepont) 505; — (Braun) 506; — (Krause) 507.
— mit kantharidinsauren Salzen (Saalfeld) 418.

Lupusbehandlung und einige neue Mittel gegen Lupus; über die Verwendung des Tuberkulins, bei der (Unna) 341.
Lupuskarzinom 178. 180.
Lupusplasmom 312.
Lymphadénie cutanée 368.
Lymphangiom, über (Rothenaicher) 369.
Lymphangioma tuberosum multiplex (Lesser und Beneke) 233.
— Beitrag zur Kenntnis des (Schmidt) 283.
Lymphdrüsen der Tertiärperiode der Syphilis, Vergrößerung der subkutanen (Montgomery) 472.
Lymphdrüsentuberkulose 189; — Tuberkulin bei 338.
Lymphgefäßerkrankung 360.
Lysol gegen Lupus 358.

Maculae et Striae atrophicae nach Typhus abdominalis (Ohmann-Dumesnil) 509.
Mäusefavus 261.
Maligne Neubildungen s. Neubildungen.
Malleus humidus (Lukaschewitsch) 73.
Manka 206.
Massage bei Ulcus cruris 502.
Masturbation, Psychosen infolge von (Meyer) 504.
Mastzellen, Darstellung der 301.
Melanoderma 131; — (Girode) 196.
Melanosis (Piffard) 71.
— lenticularis progressiva 197.
Menianthes trifoliata als Blutreinigungsmittel 545.
Menthol bei pruriginösen Hauterkrankungen (Dubreuilh und Archambault) 150.
Methylviolett, bakteriologische Untersuchungen über das (Lose) 361.
— gegen maligne Neubildungen 369.
Milium 487.
Mikrosporidien 328.
Mitosendarstellung 301.
Molluscum contagiosum s. Epithelioma contagiosum.
—, die Pagetsche Krankheit der Brustdrüsen und die Psorospermose der Haut (Manssuroff) 328.
Morbilli mit ungewöhnlichem Verlaufe, Fall von (Goldstein) 79.
—, Scarlatina und Croup 80.
Morbus Addisonii 121. 131. 245. 248. 409; — mit Erkrankung des centralen Nervensystems (Babes und Kalindero) 196.
Mucin in Geweben, Nachweis durch die Färbemethode (Hoyer) 384.
Muskelentzündung s. Myositis.
Myelitis syphilitica lumbalis acuta, Fall von (Renault) 155.
Myelopathie und Encephalopathie, Ekzem infolge von E.—H. I. 333.
Mykosis framboesia 402.
— fungoides s. Granuloma fungoides.
Myome der Haut 203. 388.
Myositis gregarinosa 286.
— syphilitica (Lewin) 401.
Myxomatöse Einlagerungen bei alveolären Epitheliomen 194.
— Umwandlung des Bindegewebes der Haut 278.
Myxosporidien 328.

Naevi pigmentosi, Epheliden und Lentigines, zur Anatomie der (Cohn) 119; — Pigmentverteilung bei 409. 411.
— spili 129.
— Beitrag zur Kenntnis der (Jansen) 371.
Nagelekzem 148.
Narbe, hypertrophische 89.
— lupöse 309.
Narbengewebe, Entstehung des 78.
Narbenkeloid 89.
Nasenlöcherekzem 146.
Nasensarkom (Wilke) 285.
Nasenscheidewand, Initialsklerose der 85; — mehrfache Durchlöcherungen der (Natier) 202.
Nasenschleimhaut, Tuberkulose der (Hahn) 190; (Beermann) 363.
Naturforscherversammlung (63.), Einladung 238.
Nebenhodentuberkulose, Tuberkulin bei 338.
Nelkenöl gegen Lupus 357.
Nervensystem, Beziehungen des Ekzems zu Störungen des (Bulkley) E.—H. I. 309.
Neoplasmen, vascularisierte 410.
Neubildungen mit Anilinfarbstoffen, Behandlung inoperabler maligner (Mosetig-Moorhof) 369; — weitere Mitteilungen über die sogenannte Tinktionstherapie der (Mosetig-Moorhof) 547.
Neuralgia praemonitoria 182.
Neurasthenie und Ekzem E.—H. I. 319.
Neurodermitis 336; — Beitrag zur Geschichte der: Vom Lichen circumscriptus der früheren Autoren oder Lichen simplex chronicus E. Vidals (Brocq und Jacquet) 497.
Neurom der Unterschenkelhaut (Bronson) 71.
Neurosen und Ekzem E.—H. I. 331.
New Yorker dermatologische Gesellschaft 71.
Nukleinperiode in der Histologie 296.

Oberhaut, Beiträge zur Anatomie und Physiologie der (Loewy) 415.
Oedem, neuropathisches 43.
—, induratives 360.
— der Kinder, hölzernes (Mircoli) 496.
Onychogryphosis 69.
Ophthalmia gonorrhoica, heimtückische schwere Form der (Trousseau) 164.
Ophthalmie nach Kochschen Einspritzungen (Hallopeau) 475.
Orceinfärbung des elastischen Gewebes, Notiz betreffend die Taenzersche (Unna) 394.
Osteomalacia leprosa 81.

Pagetsche Krankheit 10. 328.
Panaritium 364.
Panaritiumartiger Schanker 421.
Paralysis progressiva und Syphilis 324.
Paraurethrale Gänge, Gonorrhoe der 1. 203.
Paraurethritis 77.
Pediculosis, Behandlung der (Grellety) 200.
Pélade à cheveux fragiles s. pseudotondante 398.
Pemphigoider Ausschlag, bakteriologische Untersuchung (Boinet) 152.
Pemphigus, acutus neonatorum 189.
—, Dermatitis universalis exfoliativa nach 385.
— foliaceus mit tödlichem Ausgange; Sektion (Lassime) 156.
— der Mundschleimhaut 476.
— neonatorum, Beiträge zur Aetiologie des (Bodenstab) 500.
— praecox leprosus 81.
— syphiliticus 189; der Neugeborenen (Buisseret) 364.
— vulgaris mit Erythem 360.
— vulgaris malignus und P. gangraenosus (Matschke) 189.
Pemphigusblasen, Protozoen in den 360.
Perifolliculitis und Folliculitis generalisata disseminata, über Acnitis oder über eine besondere Varietät von (Barthélemy) 546.
Perinealekzem 147.
Periostitis gonorrhoica (Raynaud) 375.
— tibiae gonorrhoica (Ozenne) 475.
Perlmutterflecken bei Xeroderma pigmentosum 197.
Perniosis 149. 223; — labii inferioris 56.
Petersburger dermato-syphilidologische Gesellschaft 72. 266.
Pharmakologie und klinische Therapie, Vorlesungen über experimentelle (Semmola) 228.
Phlegmone 364; moderne Behandlung der diffusen (Schöpwinkel) 368.
Physaliforen 69.
Pigmentanomalien 140.
Pigmentbildung 119. 409.
Pigmentierung der Haut nach längerem Arsenikgebrauch (Förster) 158.
Pigmentierungen und Entfärbungen der Haut, Pathogenese der (Kaposi) 410.
Pigmentmäler, über (Klee) 371.
Pigmentsarkom 411.
Pigmentschwund 411.
Pigmentsyphilid s. Syphilid.
Pigmentzellen 119. 409.
Pityriasis rosea 145.
— rubra 203; pilaris 148. 388.
Plantago lanceolata als Heilmittel 545.
Plasmazellen insbesondere beim Lupus, über (Unna) 296.
Plasmom des Lupus 312. 348.
Pocken s. Variola.
Praemonitorische Neuralgie 182.
Präputiale Gänge, Gonorrhoe der 1. 203.
Preisaufgabe, dermatologische 435.
Prostatahypertrophie 504.
— und die neueren Versuche zu ihrer operativen Behandlung (Kind) 374.
Prostatatuberkulose nach Koch behandelt (Israel) 245.
Prostatektomie und Sectio alta vesicae 47.
Prostatitis bei Gonorrhoe 494.
Prostituierten, die Tätowierungen der (Bergh) 205.
Prostituiertenuntersuchung, Mängel der zur Zeit üblichen (Neisser) 165.
Prostitution im Mittelalter 185; — vor der Wissenschaft und den Thatsachen (Moeller) 475.
Prostitutionsfrage, die (Rietema) 329. 376. 425; — vor dem Stadtrat von Paris (Feulard) 238.
Protozoen, unsere heutige Kenntnis von den pathogenen (Pfeiffer) 360.
Protozoenartige Mikroorganismen in Krebszellen 194.
Pruriginöse Hautkrankheiten, wässeriger Guacoextrakt bei (Butte) 188; — Menthol bei (Dubreuilh und Archambault) 150.
Prurigo 336.
Pruritus 150. 237. 336.
— hiemalis (Porras) 504.
Pseudohermaphroditismus masculinus, Fall von (Abel) 374.
Psoriasis 145. 236. 237. 412. (Polotebnoff) E.—H. I. 345.
— syphilitica (Lewin) 399.
Psoriasisbehandlung 545; — Aristol bei 41; 413; Tuberkulin bei (Schwimmer) 241.
Psorospermose der Haut, das Molluscum und die Pagetsche Krankheit der Brustdrüsen (Manssuroff) 328.
Psorospermosis cutanea (Buzzi und Miethke) 9. 59; Fall von (Schwimmer) 88.

Psychosen infolge von Masturbation (Meyer) 504.
Pulex penetrans 286.
Purpura haemorrhagica, Blutbefund bei (Spietschka) 414.
— myeolopathique 43.
— haemorrhagica (Lockwood) 152.
Purpuraflecke bei Tripper 279.
Pyoktanin 361. 369; — Heilung eines Kankroids der Wange durch (v. Sehlen) 515.

Quecksilber, Beitrag zur Kenntnis der Ausscheidungsdauer (Stein) 384.
Quecksilbereinspritzungen bei Syphilis s. Syphilisbehandlung.
Quecksilbernachweis in pathologischen Flüssigkeiten, Elektrolyse zum (Cathelineau) 165.
Quellen von St. Nectaire-Le-Haut, Quecksilber in den (Cathelineau) 475.

Rahmsalben 363.
Raynaudsche Krankheit s. Gangraen, symmetrische.
Reflektorische Angioneurosen (du Mesnil) 279.
Resorcin gegen Leichengift (Andeer) 475.
Resorcin-Pflastermull, kurze Notiz über Behandlung des Ulcus rodens mit dem Unnaschen (Boeck) 173.
Retentionscysten 483.
Rheumartritis acuta, Hautauschlag bei 152.
Rheumexanthem, über einen auf der Haut und den Schleimhäuten lokalisierten und unter dem Bilde einer hämorrhagisch-pustulösen Dermatose verlaufenden Fall von (Litten) 151.
Rhinophyma 38. 368.
Rhinosklerom mit Tuberkulin behandelt (Rydigier) 248.
Rhinosklerombacillen, neue Färbungsmethode der (Mibelli) 293.
Riesenurticaria 43.
Riesenzellen, kleine 307; — grofse 308.
Rosaceabehandlung 50.
Roseola tardiva 465.
Rost des Lebens 155.
Rotwerden des Gesichts 218.
Rotz (Lukaschewitsch) 73.
Rudolfstift, Jahresbericht des 360.
Rückenmarkssyphilis, zur Kenntnis der (Möller) 468.
Rundzellensarkom s. Sarkom.

Samenergiefsungen infolge einer Striktur, blutige (Pousson) 162.
Samenstränge, Syhilome beider (Bert) 155.
Sarkom, Heilung durch Anilinfarbstoffe 369. 547.
— der Haut, idiopathisches melanotisches 385.
Sarkomatosis der Haut 368. 369.
Sarkome der Hautdecken nach einem Erysipelas migrans, Heilung recidivierter multipler (Langenbuch) 157.
— der Nase, Fall von (Wilke) 285.
Sarkosporidien 328.
Scabies 150. 236. 237.
— norwegica 360.
Scarlatina, Croup und Morbilli 80.
Scarlatiniforme Dermatitis s. Dermatitis scarlatiniformis.
Schanker, weicher s. Ulcus molle.
— syphilitischer s. Initialsklerose.
Scheide s. Vagina.
Schizomyceten, Einwirkung des Chrysarobins auf gewisse (Campana) 412.
Schleimhäute und Haut nach Anwendung des Kochschen Mittels, mikroskopische Befunde bei Tuberkulose der (Schimmelbusch) 339.
Schleimhautlupus (Brieger) 338.
Schminken im Mittelalter 185.
Schwarze Haarzunge, Beitrag zur Aetiologie und Pathogenie der (Walleraud) 165.
Schweifs bei einem hysterischen Manne, blutiger (Imrédy) 91.
Schweifsdrüsenadenom 235.
Schweifsveränderung bei Ekzem 156.
Scorbut 152.
Seborrhoe 145.
Sectio alta vesicae und Prostatektomie (White) 47.
— —, neue Mittel zur Entfernung von Blasentumoren bei der (Watson) 47.
Seemannshaut 177.
Seifen, über 388.
Shock und Ekzem, nervöser und psychischer E.-H. I. 325.
Skrofuloderma 177. 237; (Lassar) 340; — Tuberkulin bei 506.
Sklerodermie 410; Fall von (Brück) 89.
—, elektrischer Leitungswiderstand der Haut bei (Lewith) 423.
Skrofulose, die (Le Gendre) 363.
Skrofulöse Hautkrankheiten bei Kindern (Gillet) 364.
Sommersprossen s. Epheliden.
Spinalirritation und ihre Beziehungen zu den Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane (Peyer) 159.
Spontangangraen s. Gangraen.
Sporencysten in Krebszellen 194.
Sporozoen bei Hautkrankheiten 9. 328.
Steinkohlenteerkreosot gegen Lupus 356.
Stoffwechselprodukte der Tuberkelbacillen s. Tuberkelbacillen.
Stomatitis mercurialis, wenig bekannte Ursache der (Le Pileur) 475.

Streptothrix 249.
Striae et Maculae atrophicae nach Typhus abdominalis (Ohmann-Dumesnil) 509.
Strikturen der Harnröhre, neuere Beiträge zur Lehre der (Alapi) 158.
—; Cystitis; Urethrotomia interna. Das Urinieren wird erst möglich nach Aufhören der Blasenentzündung und -Reizung (Pousson) 162.
— aus unbekannten Ursachen blutige Samenergüsse (Pousson) 162.
—, kallöse, Urethrotomia externa bei 201.
—, Behandlung mit linearer Elektrolyse (Fort) 162; — elektrolytische Behandlung (Bodenheimer) 375.
—, Behandlungsmethoden der (Kutner) 374.
Sublimatintoxikation, über (Heidgen) 385.
Succinimidquecksilber s. Syphilisbehandlung.
Sykosis 38.
— parasitaria s. coccogenes 236.
— simplex 236.
Synovitis syphilitica 420.
— tendinosa gonorrhoica (Ozenne) 475.
Syphilid des tertiären Stadiums, erythematöses 464.
Syphilide, Aristol bei 41.
— mit mikroskopischer Untersuchung der Flecke, Fall von universalem Pigment- (Andry) 44.
Syphilidologie, Jodol in der (Szadek) 43.
Syphilome, extragenitale, Beitrag zur Kenntnis der (Cavazzani) 366.
— beider Samenstränge ohne anderweitige Erkrankung des Geschlechtsapparates (Bert) 155.
— des M. sterno-cleidomastoideus nebst zwei Fällen (Büschhoff) 366.
Syphilis, Hymnus auf die (Lanquetin) 85.
— konstitutionell? Wann wird die (Lasch) 419.
— bedingten Anaemie, Blutuntersuchungen bei der durch (Dehio) 366.
— Haemorrhagische Diathese bei 360.
— morphologische Blutveränderungen bei (Antz) 266.
— und progressive Paralyse, Tabes 325.
— des Rückenmarks, zur Kenntnis der (Möller) 468.
— des Gehirns, Diagnose und Verhalten zu anderen Gehirnerkrankungen (Tarnowsky) 324.
— des Gehirns, Beitrag zur Diagnose und Prognose der (Harmsen) 365.
— und Karzinom (Ingenhoven) 369.
—, Narbiger Verschluſs des Isthmus faucium infolge von (Sauvineau) 468.
— der Lippe, Zunge und des Kehlkopfs (Lewin) 397.
— maligna (Iven) 472.
—, Bericht über das 1. Triennium der Elberfelder Abteilung für Hautkrankheiten und (Eichhoff) 236.
— auf Island (Schierbeck) 418.
— bei den alten Babyloniern und Assyriern (Proksch) 389.
— und dem Streptococcus erysipelatis, anscheinender Antagonismus zwischen (Horwitz) 468.
— tertiaria im allgemeinen, Beitrag zur Histologie des Gumma syphiliticum und der (Marfan und Toupet) 154.
—, Vergröſserung der subkutanen Lymphdrüsen der Tertiärperiode der (Montgomery) 472.
— hereditaria (Hönn) 44; — Fall von (Saint-Germain 155; — (Darier und Feulard) 467.
— — auftretende Fieber, über das während der Entwickelung der Hautsymptome bei (Erös) 420.
—, Pathogenese und Aetiologie der (Cicero) 499.
— — tarda 360; (Dieci) 366; (Neu) 366.
Syphilisbehandlung, Einschränkungen beim Gebrauche des Hg in der (Lang) 85; — Jodol bei tertiärer 44; — Aphorismen zur (Köbner) 155; — Rolle der Wärme in der (Kalaschinkow) 282.
— mit Bromkalium (Augagneur) 366.
— zu Fourniers Vortrag über (Wickham) 464.
—, zum Standpunkte der heutigen (Kreis) 470.
— mit subkutanen Injektionen von Hgsalicylat (Szadek) 43. 83; (Lezius) 366. — mit Succinimidquecksilber (Vollert) 83; — von thymolo-aceticum (Szadek) 86; — von bernsteinsaurem Quecksilberoxyd 385; — mit unlöslichen Salzen (Levy) 469; — mit Tuberkulin 107. 241.
Syphiliställe, eine kurze aber lehrreiche Reihe von primären (Hjorth) 83.
Syphilisinfektion im 3. Lebensjahre (Saalfeld) 399; — mit Rücksicht auf die ungarischen Verhältnisse, extragenitale (Róna) 459; — extragenitale 419; — einer Amme (Stepanoff) 72; — (Broich) 365.
Syphiliskrankengeschichten, Formulare zur Führung von (Blaschko) 399.
Syphilisübertragung durch Impfung (Fall von Perrin) 155.
Syphilitischer Diabetes insipidus (Obolenski) 231.
— Pemphigus der Neugeborenen (Buisseret) 364.
— Lichen beruhend auf einer Mischinfektion von Syphilis und Tuberkulose, Beitrag zur Frage des (Zeppenfeld) 367.

Syphilitischer Diabetes insipidus (Oboienski) 231.
— Psoriasis (Lewin) 399.
— Muskelentzündung (Lewin) 401.
— Gelenkkrankheiten, Beiträge zur Kenntnis der (Rasch) 420.
— Leichdorn (Buret) 467.
— Kindes warnen vor den ihr drohenden Gefahren? Soll ein Arzt die Amme eines (Fournier) 84.
— Myelitis lumbalis acuta (Renault) 155.
— Krankheiten der Gelenke und Hoden, diagnostischer Wert der Kochschen Injektion bei einzelnen fraglichen (Lewin) 177.
Syringocystadenom 236. 284.
Syringomyelitis, Hautveränderungen bei (Thibierge) 150.

Tabes, heilbare Form von (Adamkiewicz) 471.
— und Syphilis 325.
Tätowierungen 203; — der Prostituierten (Bergh) 215.
Talgdrüsenadenome 177.
Taschkentgeschwür (Jakimowitsch) 72.
Teleangiektatische Warzen (Dubreuilh) 195.
Tertiäre Syphilis s. Syphilis tertiaria.
Tertiärinfektion nach Croup (Goldstein) 180.
Therapie, Vorlesungen über experimentelle Pharmakologie und klinische (Semmola) 228.
Tinktionstherapie bei malignen Neubildungen, weitere Mitteilungen über die sogenannte (Mosetig-Moorhof) 547.
Tinea tondens, s. Trichophytie.
Tod bei Kindern, neue Ursache von plötzlichem (Guaita) 368.
Tonsillenschanker 365. 420.
Torpide Geschwüre s. Ulcus.
Transparenz der menschlichen Haut (Gastreich) 495.
Transplantation nach Excision des Lupus 418.
— nach Thiersch 412.
Trichomykosis nodosa, histo-biologische und aetiologische Untersuchungen über die (Juhel-Renoy und Lion) 193.
Trichophytia 236.
— universalis 360.
— cruris, Epidemie von (Stelwagon und Stahl) 546.
— mit Chrysarobin nach der Unnaschen Methode, Behandlung der (Marianelli) 500.
—, Prophylaxe und Behandlung der (Quinquaud) 156.
Trichophyton 87.
Trichorrhexis bei Alopecie (Blaschko) 398.
Tripper s. Gonorrhoe.
Tripperrheumatismus 236.
Tuberculosis verrucosa am Halse 466.
Tuberkel 317.
Tuberkelbacillen an der Eingangspforte der Infektion, Verhalten der (Tangl) 189.
— Heilwirkung der Stoffwechselprodukte von (Scholl) 361.
— und Leprabacillen, neue Färbemethode für (Unna) 477.
Tuberkelstruktur 307.
Tuberkulin 313, Erfahrungen mit (Rosenthal) 179.
— Mikroskopische Befunde nach Einwirkung von (Schimmelbusch) 339.
— in der Dermatologie (Thibierge) 507.
Tuberkulin bei der Lupusbehandlung und einige neue Mittel gegen Lupus, Verwendung des (Unna) 341.
— auf Lepra, Wirkung des (Goldschmidt) 499.
—, Heilung eines Falles von Aktinomykose durch (Billroth) 501.
—, Histologisches über die Wirkung des (Kromayer) 94. 340.
Tuberkulinexanthem 242.
Tuberkulöse Herde, sekundäre Impfung der Haut durch subkutane oder tief gelegene (Cronier) 191.
— Geschwüre 177; — Heilung durch Tuberkulin (Lassar) 340.
— Ekzem s. Ekzema tuberculosum.
— Fibrom 313.
Tuberculosis der Prostata (Israel) 245; der Urethra (Nockher) 372.
— der Nebennieren mit Tuberkulin behandelt 245. 248.
— der Haut und sichtbaren Schleimhäute nach Anwendung des Kochschen Mittels, mikroskopische Befunde bei (Schimmelbusch) 339.
— der Mund- und Nasenschleimhaut, Behandlung mit Tuberkulin (Lichtheim) 340.
— und Syphilis; Lichen syphiliticus beruhend auf Mischinfektion von (Zeppenfeld) 367.
— der Nasenschleimhaut (Hahn) 190; — (Beermann) 363.
— der Haut 237; (Achard) 364.
— Fortsetzung der Mitteilungen über ein Heilmittel gegen (Koch) 113. 245.
— über das Kochsche Heilmittel gegen (Schweninger und Buzzi) 287.
— über das Kochsche Heilmittel gegen (Schiff) 385.
—, über ein neues Heilmittel gegen (Pick) 418.
— verrucosa 177. 281; bei einem Schlachtergesellen (Braquehaye) 154; mit Tuberkulin behandelt 248.

Tuberkulosebehandlung nach Koch 153. 224. 240. 282. 338. 385. 436. 505; (Israel) 245; (Wickham) 224; (Köhler) 92; (Henoch) 97; (Schede) 105; (Helferich) 98; (Maes) 106; (Schweninger und Buzzi) 108. 288; (Thibierge) 153. 224; (Rosenthal) 179. 182; (Lassar) 180. 340; (Isaac) 183; (Schwimmer) 240; (Schmidt) 242; (Alsberg) 243; (Esmarch) 243; (Rumpf) 243; (Rydigier) 248; (Kaposi) 282; (Bardenheuer) 338; (Brieger) 338; (Lichtheim) 340; (Unna) 341; (Fournier) 436; (Jarisch) 436; (Doutrelepont) 505; (Braun) 506; (Krause) 507; (Libberts) 507; (Barduzzi) 507; (Thibierge) 507.
Tumoren der Blase s. Blase.
— der behaarten Kopfhaut und einzelner Regionen der übrigen Hautoberfläche, konfluierende (Poncet) 194.
Typhus abdominalis, Fall von Striae et Maculae atrophicae nach (Ohmann-Dumesnil) 509.

Ulcus cruris 90. 237. 503; — Aristol bei 41; —, Behandlung des (Maylard) 90; rationelle Behandlung des (Günther) 502.
— varicosum 149.
— molle, über (Neuhaus) 201; — am Vorderarm (Maggi) 283; — Aristol bei 41.
— phagedaenicum 201.
— rodens, Fall von (Müller) 370; — mit dem Unnaschen Resorcinpflastermull, kurze Notiz über die Behandlung des (Boeck) 173.
— — Bemerkungen zur vorhergehenden Notiz über (Unna) 174.
— torpidum, Behandlung mit Blechplättchen (Moras) 503.
— tuberculosum septi narii mit Tuberkulin behandelt (Baginsky) 244.
— ventriculi bei Lupus erythematodes 218.
Ulerythema centrifugum 50. 177. 360; (Vobis) 502.
—, Untersuchungen über die pathologische Histologie des (Leloir) 197; —, Untersuchungen über die pathologische Anatomie und die Natur des (Leloir) 199; —, Ulcus ventriculi bei 218; — Beziehungen zur Akne rosacea 221.
— sebaceum 222.
— pigmentosum 177.
—, Behandlung mit Tuberkulin (Arning) 102; — Verhalten zur Kochschen Injektion (Lewin) 177. 184; (Schweninger und Buzzi) 110. 291; (Rosenthal) 183; (Schwimmer) 240; (Unna) 342.
Ulzeration, ausgedehnte gummöse (Lang) 472.
Unterschenkelgeschwüre s. Ulcus cruris.
Urethra, Kallusgeschwülste der männlichen (Schuchardt) 161.
Urethra, Tuberkulose der (Nockher) 372.
Urethralfäden s. Filamenta.
Urethralschanker, Pathogenese und Diagnostik des (Gebert) 192.
Urethralsteine (Bewerunge) 372.
Urethralstriktur s. Striktur.
Urethritis 76. 163. 473. 476. 492.
Urethrocystitis 494.
Urethroskopie, über (Feleki) 202.
Urethrotomie im Anschluſs an drei per primam geheilte Fälle, Indikationen der äuſseren (Novotny) 201.
Urogenitalleiden, Erythem bei 279.
Urticaria 77. 150. 152. 280.
— oedematosa 43.
— Behandlung mit Menyanthes trifoliata 545.

Vaccina generalisata mit tödlichem Ausgange (Gaucher) 498.
Vaccinostyle (Maréchal) 498.
Vacuolenbildung 360.
Vagina, Defekt und rudimentäre Entwickelung der (Jakobsohn) 504.
— und Hymen, Beitrag zu den Mifsbildungen der (Sachrendt) 505.
Vaginale Haemorrhagie (Duchaussoy) 162.
Vaginitis 76.
Varicellen und Morbilli 80.
— und Pocken, zur Identitätsfrage der (Hochsinger) 80.
Varicellen-Prurigo, Fall von Hutchinsonscher (Goldenberg) 152.
Variköse Geschwüre 397. 399.
Variola, Vaccine und Varicellen, Protozoen in den Bläschen bei 360.
— und Varicellen 80.
Vasomotorische Dermatosen, Pathogenie der Hautveränderung bei einigen (Jacquet) 77.
Venenspasmus beim Erythem 280.
Verbrennung, Behandlung der 545.
Vergettures 514.
Verkalktes Adenom der Haut (Hutchinson jr.) 548.
Vernisium Ichthyoli carbolisatum 54.
Verruca tuberculosa 177.
Vestre-Hospital in Kopenhagen, Bericht des (Bergh) 76.
Vitiligo 412.
Vulvitis acuta 76.
— bei kleinen Mädchen, seltene Komplikation der (Berger) 162.

Wärme in der Behandlung der Syphilis, zur Frage über die Rolle der (Kalaschinkow) 282.
Wangenkankroid s. Kankroid.
Warzen, Teleangiektatische (Dubreuilh) 195.
Weicher Schanker s. Ulcus molle.
Werlhofsche Krankheit 152.
Wiener Brief (Schiff) 385.

Xanthoma diabeticorum und seine Verwandtschaft mit gewöhnlichem Xanthom (Robinson) 25.
Xeroderma pigmentosum 410; — (Barckmann) 197.

Zona, bakteriologische Untersuchung der (Boinet) 152.
— nach Tuberkulininjektion 288.
— gangraenosa hysterica, Beitrag zum Studium der (Bayet) 497.
— traumatica, Beitrag zur Aetiologie der (de Luca) 498.
— nach einem voraufgegangenen Trauma, recidivierende (Bossion) 79.
Zoster s. Zona.
Zungenkarzinom 548.
Zungenkrankheiten, über einige seltenere (Michelson) 149.
Zungenlupus 150.
Zungensyphilis, über (Lewin) 397.
Zwillingshaare 371.

Namenregister.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abel, R., Ein Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus 374.
Abraham, Ph. S., Journal of the Leprosy Investigation Committee 82.
Achard, Ch., Über einen Fall von Hauttuberkulose 364.
Adamkiewicz, Über eine heilbare Form von Tabes 471.
Addison 27.
Aeby 119. 124.
Alapi, H., Neuere Beiträge zur Lehre der Strikturen 158.
— 159.
Albarran 11.
Alibert 89. 224. E.-H. I. 351. 415.
Allen 71.
Almquist, E., 249. 250.
Alsberg, Tuberkulosebehandlung nach Koch 243.
Altmann 297. 303.
Andeer, J., Das Resorcin gegen Leichengift 475.
Anderson, M'Call, 132.
Andry, J., Ein Fall von universalem Pigmentsyphilid mit mikroskopischer Untersuchung der Flecke 44.
Anfuso, Der Neissersche Gonokokkus 505.
Antal 201.
Antz, J. J., Untersuchungen über die morphologischen Veränderungen des Blutes bei Syphilis 266.
Araujo, Silva, 83.
Archambault und Dubreuilh, Über die Anwendung des Menthols bei pruriginösen Hauterkrankungen 150.
Arning, Ed., Lepra 101.
— Lupus erythematodes 102.
— Lepra mit besonderer Berücksichtigung der Übertragung durch Heredität und Kontagion 417.
Arning, Ed. 92. 184. 241. 327.
Arnozan, E.-H., I. 331. 332.
Arnstein, E.-H., I. 317.
Aubert 458.
Audouard 39.
Augagneur, Victor, Die Anwendung von Bromkali bei der Syphilis 366.
Auspitz 536. E.-H. I. 356.

Babes und N. Kalindero, Ein Fall von Morbus Addisonii mit Erkrankung des centralen Nervensystems 196.
— Leprabehandlung mit Kochschen Injektionen 243.
Bacon 388.
Baelz 59.
Baginsky, B., Tuberkulosebehandlung mit Kochschen Injektionen 244.
Ballance, Ch. A., und Ch. S. Sherrington, Über die Entstehung des Narbengewebes, das Schicksal der Leukocyten und die Rolle der Bindegewebskörperchen 78.
Balmano-Squire 321. 533. 534. E.-H. I. 443.
Bangs E.-H. I. 328.
Barckmann, Carl, Über Xeroderma pigmentosum 197.
Bardenheuer, Behandlung der Tuberkulose nach Koch 338.
Barduzzi, Die Kochsche Lymphe bei Hauttuberkulose 507.
Barella E.-H. I. 436.
Barlow 27.
Barthélemy, Über Acnitis oder über eine besondere Varietät von Folliculitis und Perifolliculitis generalisata disseminata 546.
— 280. 523.

Bartholini 383.
Basedow 158.
Bateman, Th., 130. 404. 405. 406.
Batemann, E.-H. I. 353. 357.
Baumgarten, P., 293. 301. 302. 308. 316.
Bayer 4.
Bayet, A., Beitrag zum Studium des Zoster gangraenosus hystericus 497.
Bazin 39. 320. 398. 529. E.-H. I. 353. 356.
Beard, E.-H. I. 325.
Beermann, Über primäre Tuberkulose der Nasenschleimhaut 363.
Behrend 180. 193. 241. 245. 398. E.-H. I. 352.
Benedikt, E.-H. I. 414.
Beneke, R., und E. Lesser, Ein Fall von Lymphangioma tuberosum multiplex (Kaposi) 233.
— 284. 364.
Berberich, Adolf, Über die Hämorrhoiden und ihre Behandlung 502.
Berchon, E., 207. 214. 216.
Berger, E.-H. I. 427.
— E., Über eine seltene Komplikation der Vulvitis bei kleinen Mädchen 162.
Bergh, R., Bericht des Vestre-Hospitals in Kopenhagen für 1889. 76.
*— Über Tätowierungen der Prostituierten 205.
Bergmann, v., 99. 153.
Berliner, C., Referate 409. 412. 413. 414. 419. 421. 423. 424. 470.
— 353.
Bernard, Paul, Harter Schanker auf dem linken Arm 365.
Bert, Syphilome beider Samenstränge ohne anderweitige Erkrankung des Geschlechtsapparates 155.
Besnier 26. 27. 28. 29. 40. 146. 155. 167. 171. 191. 224. 227. 228. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 280. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 343. 398. 405. 450. 457. 458. 475. 523. 527. 528. 534. 535. 536. 540. 544.
Bewerunge, Carl, Über Harnröhrensteine 372.
Biart, E.-H. I. 352.
Bidder 193.
Billroth, Fall von Aktinomykose 501.
— 195. 282. 485. 548.
Bipelow 47.
Bitter 419.
Bizzozero 267.
Blanc, H. W., Die Behandlung der Akne 87.
Blaschko, Praemonitorische Neuralgie 182.
— Alopecie 184.
— Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten in Krankenkassen und Heilanstalten 359.
Blaschko, Über Alopecie mit Trichorrhexis 398.
— Formulare zur Führung von Syphiliskrankengeschichten 399.
— 11. 183. 402. 415.
Blechmann, J., Die Behandlung der wunden Brustwarzen mit Goldschlägerhäutchen 78.
Bockhart 45. 193.
Bodenheimer, Zur elektrolytischen Behandlung der Harnröhren-Strikturen 375.
Bodenstab, Friedr., Beitrag zur Ätiologie des Pemphigus neonatorum 500.
*Boeck, C., Kurze Notiz über Behandlung des Ulcus rodens mit dem Unnaschen Resorcinpflastermull 173.
— 10. 11. 16. 17. 24. 102. 174. 326. 516.
Böhm, E.-H. I. 440.
Böhmer 293.
Boer 257. 259.
Boinet, E., Die Lepra in Hanoï (Tonkin) 82.
— Bakteriologische Untersuchungen über einige vesikulöse und bullöse Ausschläge 152.
— 153.
Bollinger 11.
Borrel 67.
Bossion, Recidivierender Herpes zoster nach einem voraufgegangenen Trauma 79.
Botkin, E.-H. I. 387. 425.
Bouchard 511. 514.
Bourdillon, E.-H. I. 448.
Bowen 10. 24. 62. 63. 65. 68.
Bradshaw 511.
Braquehaye, J., Leichentuberkel bei einem Schlachtergesellen 154.
Braun, Lupusbehandlung mit Tuberkulin 507.
Braun, Carl, Über die Diagnose der Blasenruptur 375.
Brefeld 254.
Brétonne, Rétif de la, 210.
Brieger, Oskar, Schleimhautlupus 338.
Brison, Stein mit zwei Facetten 47.
Bristowe 28.
Broadbent, E.-H. I. 443.
Brocq, L., Beiträge zur Geschichte der Keratosis pilaris 86.
— Die Behandlung der Hautkrankheiten mit einem Abriſs der Symptomatologie, Diagnose und Ätiologie 38. 144. 403.
— Über eine unvollständige (fruste) Varietät der Dermatitis herpetiformis 79.
— Ekzema follikulare 148.
— 39. 40. 70. 145. 146. 147. 148. 167. 284. 336. 337. 343. 535.
Brocq und Jacquet, Beiträge zur Geschichte der Neurodermitis: Vom Lichen circumscriptus der früheren Autoren oder Lichen simplex chronicus E. Vidals 497.

Broich, Über extragenitale Syphilisinfektion 365.
Bronson, Neurom der Haut des Unterschenkels 71.
Brooke, H. G., Bemerkungen über einige Keratosen der Handteller und der Fufssohlen 167.
— 349. 536.
Brouardel 85.
Brown-Séquard 542. E.-H. I. 426.
Brück, M., Ein Fall von Sklerodermie 89.
Brujeff, A. J., 326.
Bruns 485.
Buchner, H., Die Bakterienproteïne und deren Beziehung zur Entzündung und Eiterung 187.
— Über eiterungserregende Stoffe in der Bakterienzelle 187.
Buchwald 511.
Buday 159.
Büchler, A. F., Referate 418. 422. 472.
Büschhoff, Über Syphilome des Musculus sterno-cleido-mastoideus nebst zwei Fällen 366.
Buisseret, A. P., Über Pemphigus syphiliticus der Neugeborenen 364.
*Bulkley, L. Duncan, Über die Beziehungen des Ekzems zu Störungen des Nervensystems E.-H. I. 309—343.
— 131. E.-H. I. 355.
Bumm 2. 203.
Burchard 408.
Buret, F., Der syphilitische Leichdorn 467.
Burlureaux, Apparat, Kreosotöl in das Unterhautzellgewebe einzuspritzen 475.
Busch 281.
Butlin 165.
Butte, Über die Behandlung verschiedener Hautkrankheiten mit dem Extr. aquos. Guaco 188.
Buzzi, F., 22. 23. 483.
—, und F. Miethke, Über die Dariersche Dermatose 9. 59.
*— und Schweninger, Zweiter Brief aus Berlin 108; Dritter Brief 287.

Cahen, E.-H. I. 437.
Calmann 130.
Campana, R., Ein dem Leprabacillus ähnlicher Bacillus, der sich in Gewebskulturen von Lepra tuberculare entwickelte 363.
— Einwirkung des Chrysarobins auf einige Fermente und auf gewisse Schizomyceten 412.
— 81. 536
Campenon 159.
Cantani, E.-H. I. 409. 410.
Caspary, J., Über den Ort der Bildung des Hautpigments 409.
Caspary, J., 499.
Casper 209. 214.
Castel, Hypertrophie der linken Hand. 475.
Cathelineau, H., Anwendung der Elektrolyse (nach Riche) zum Nachweis von Quecksilber in pathologischen Flüssigkeiten 165.
— Das Quecksilber in den Quellen von Saint-Nectaire-Le-Haut (Puy-de-Dôme) 475.
Cavafy, E.-H. I. 332.
Cavazzani, Beitrag zur Kenntnis des Syphiloma extragenitale 366.
Cazenave 178.
Chambard 37.
Charcot 324. 455. E.-H. I. 334. 373. 410.
Chatelain, E., Die Behandlung der Alopecie mit Jodkollodium 370.
Chausit 39. E.-H. I. 347. 351.
Chiari 8. 486. 491. 492.
Chismore, George, Litholapaxie 47.
Cicero, J., Pathogenese und Ätiologie der Syphilis congenita 499.
Claisse und Hallopeau, Keratodermia palmaris und plantaris 475.
*Cohn, Moritz, Zur Anatomie der Epheliden, Lentigines und Naevi pigmentosi 119.
— 249.
Cohnheim 37. 409.
Cole 32. 33.
Colomiatti, E.-H. I. 318. 319.
Comby, Erythema nodosum 369.
Cook 206.
Cordier 534.
Cornil 11. 165. 455. 485.
Courmont, J. und Désir de Fortunet, Experimentelle Untersuchung eines Pilzes, der in einem favusartigen Ausschlag gefunden wurde 87.
Courtois-Suffit, Akutes Ödem der Haut 42.
Covyba E.-H. I. 334.
Cowper 2.
Cranz 207.
Crocker, R., 25. 28. 29. 171. 513.
Cronier, L., Über sekundäre Impfung der Haut durch subkutane oder tief gelegene tuberkulöse Herde 191.
— 192.
Cutler, Ekzema seborrhoicum syphiliticum 71.
Czaplewski 353.
Czempin E.-H. I. 318.

Dale 171.
Danielsen 326.
Danlos E.-H. I. 328.
Darier, J., 9. 10. 11. 12. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 21. 23. 24. 59. 60. 62. 63. 64

66. 67. 68. 69. 70. 236. 284. 328. 546. 547.
—, und H. Feulard, Ein Fall von Syphilis hereditaria 467.
Darwin, 207. 427.
Dehio, Carl, Blutuntersuchungen bei der durch Syphilis bedingten Anämie 366.
Demiéville 132. 133. 135. 139. 140.
Desnos 494.
Desprès 210.
Dessois 165.
Deutschmann 345.
Devergie 224. 458. 459. 520. 526. 527. E.-H. I. 410.
Dieci, Syphilis congenita tardiva 366.
Diefenbach, Josef, Fremdkörper in den weiblichen Genitalien und in der Harnblase 375.
Dittel, Über Fremdkörper der Blase 373.
— 374. 375.
Dittrich, P., 293. 294. 295.
Doranie 43.
Doutrelepont, Über Mykosis fungoides 368.
— Tuberkulosebehandlung mit Tuberkulin 505.
— 7. 281. 352. 365. 368. 472. 497. 503. 536.
Doyen 537.
Doyon 318.
Dreckmann, Referate 43. 44. 86. 160.
Dreyling, Max, Zur Pathologie und Therapie des Furunkels 193.
Dubini 536.
Dubois-Havenith, Lupus vulgaris 544.
— Referate 497.
Dubreuilh, Teleangiektatische Warzen 195.
— Zur Diagnose des Favus 199.
— Über die Natur der Impetigo und des Ekzema impetiginosum 45.
— Lichen planus in Form von anastomosierenden Strängen 157.
— Mykosis fungoides 157.
— Erythem nach dem innern Gebrauch von Kalomel 189.
— und Archambault, Über die Anwendung des Menthols bei pruriginösen Hauterkrankungen 150.
— 196.
Duchaussoy, Vaginale Hämorrhagie 162.
Düben 207.
Düring, v., 200. 489. 491.
Duhring 405. 406. 407. 504. E.-H. I. 348. 356.
Duménil, E.-H. I. 331.
Duplay E.-H. I. 331.

Eddowes, A., 259.
Ehrlich 123. 125. 267. 297. 304. 363. 396. 506.
Ehrmann 120. 121. 125. 138.
Eichhoff, P., Die Hautkrankheiten 230.
— Bericht über das erste Triennium der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis der städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld 236.
Eichhorst 496.
Eiselsberg, K. v., Über einen Fall von erfolgreicher Transplantation eines Fibrosarkoms bei Ratten 236.
Eklund, E.-H. I. 350.
Elliot, George T., Über Bassorinpaste: Eine neue Methode Hautkrankheiten zu behandeln 362.
— Über zwei Fälle von Ichthyosis intrauterina 499.
Eloy, E.-H. I. 325.
Elsenberg 263. 265.
Engel-Reimers 102. 106.
Eraud 163.
Erben 423. 424.
Erös, J., Über das während der Entwickelung der Hautsymptome bei hereditärer Syphilis auftretende Fieber 420.
Esmarch, v., Tuberkulosebehandlung nach Koch 243.
— 413.
Eulenberg 165. 280.
Eulenburg, E.-H. I. 317. 332. 353. 437.

*Fabry, Joh., Zur Frage der Gonorrhoe der paraurethralen und präputialen Gänge 1.
— 7. 259. 262. 264. 265.
Falconer, E.-H. I. 353.
Feleki, H., Über Urethroskopie 202.
Féré, E.-H. I. 409.
Fessler, Julius, Klinisch experimentelle Studien über chirurgische Infektionskrankheiten 229.
Feulard, Henri, Statistik der extragenitalen Schanker, welche vom 1. Febr. 1889 bis 1. Febr. 1890 auf der Klinik für Syphilis- und Hautkranke (Fournier-Paris) vorkamen 85.
— Die Prostitutionsfrage vor dem Stadtrat von Paris 238.
— Harte Schanker an den Armen 475.
— und J. Darier, Ein Fall von Syphilis hereditaria 467.
Fèvres, E.-H. I. 333.
Filomusi 214.
Finger 9. 202. 419. 420.
Fink, E., Referate 82. 372. 496. 499. 500. 501. 507.
Finkler 361.
Fischbein 5.
Fischer, Ein Fall von Aktinomykosis beim Menschen 368.
Fitch, C, W.. Hermaphroditismus 160.

Fitch, E.-H. I. 325.
Fiweisky, Über Leukoderma syphiliticum 473.
Fleischer 74.
Fleischl 414.
Flemming 18. 21. 94. 194. 414.
Förster 485.
Förster, R., Ein Fall von Braunfärbung der Haut nach längerem Arsengebrauch bei Basedowscher Krankheit 158.
Follin 214.
Fordyll 71.
Fort, A., 374. 375.
Fortunet, Désir de, und J. Courmont, Experimentelle Untersuchung eines Pilzes, der in einem favusartigen Ausschlag gefunden wurde 87.
Fortuniadès, C., Untersuchung über den syphilitischen Schanker der Augenlider 44.
Fournier, A., Soll ein Arzt die Amme eines syphilitischen Kindes warnen vor den ihr drohenden Gefahren? 84.
— H., Die Kochsche Lymphe und der Lupus 436.
— Referate 188. 192. 195.
— 224. 237. 270. 271. 324. 420. 464. 465. 466. 498.
Fowler 170.
—, Geo. R., Über einen Fall von Excision von Lupus des Gesichts mit unmittelbar darauffolgender Hauttransplantation 418.
Fox, Keloid, ähnlich der Dermatitis papillomatosa Kaposis 71.
— Kolloidmilium, Lupus disseminatus des Gesichts 72.
—, Colcott 513.
—, Tilbury 131. 152. 513. E.-H. I. 323. 325. 353.
*Frank, Louis F., Favus 254.
— 512.
Franke 437. 438. 482. 483. 484. 485 486. 487. 488. 491. 492. 507.
Freund 504.
Friedländer 301.
Froelich, Louis, Über Augenerkrankung bei Alopecia areata 503.
Fuchs 525. E.-H. I. 348. 351.
Fürbringer 163. 202.
Funk, Referat 472.
Furtmann, W., 256.

Gabriel, Arthur, Untersuchungen über Filamenta urethralia 375.
Gärtner 535.
Galewski 6.
Gamberini, Theoretische und klinische Studien über Ekzem. 500.
Garrè 194. 413.
Garrigou 475.
Gastreich, J., Die Durchsichtigkeit der menschlichen Haut 495.
Gaucher, E., Vaccina generalisata mit tödlichem Ausgang 498.
— E.-H. I. 351.
Gaudin, Aristol bei Hautkrankheiten 41.
Gautier 191.
Geber 197.
Gebert, E., Zur Pathogenese und Diagnostik des Urethralschankers 192.
Gemy 85.
Gendre, P. Le, Die Skrofulose 363.
Gerhardt, Ein Fall von Akromegalie 166.
Gerson, Moritz, Über Anuria paradoxa 374.
Gibert 145.
Giovannini, Veränderung der Follikel nach einer Depilation und über die Art und Weise der Haarneubildung 186. 495.
Girode, J., Melanoderma 196.
Godet 199.
Goldenberg, H., Ein Fall von Hutchinsonscher Prurigo 152.
Goldmann, Edwin, Die künstliche Überhäutung offener Krebse durch Hauttransplantationen nach Thiersch 193.
Goldschmidt, Leprabehandlung mit Kochschen Injektionen 244. 499.
Goldstein, S., Ein Fall von Morbilli mit ungewöhnlichem Verlaufe 79.
— Über Tertiärinfektion nach Croup 80.
Goncourt, E., 210.
Gottstein, Zur Therapie des Erysipels 501.
Gram 96. 398.
Grancher 455.
Grawitz 254. 259. 262. 263. 264. 265.
Green, Jonathan 130.
Grefberg 280.
Grellety, Die Behandlung der Pediculosis 200.
Grenacher 293. 294.
Greve, E.-H. I. 443.
Grünfeld, J., Zur Lehre vom Harnröhrenschanker 282.
Guaita, Über eine neue Ursache von plötzlichem Tode bei Kindern 368.
— Ekzema impetiginosum 368.
Günther, Rationelle Behandlung der Unterschenkelgeschwüre 502.
Guermonprez 486.
Guibout 129.
Guttmann E.-H. I. 317.
Guyon 159. 164. 227.

Hagemann, E. H. I. 318.
Hager 299.
Hahn, Friedr., Über Tuberkulose der Nasenschleimhaut 190.
— Über den Lupus der Extremitäten 281.

Hahn, Friedr., Referate 229. 230. 282. 283. 360. 361. 363. 365. 366. 367. 368. 369. 371. 372. 373. 374. 375. 385. 408. 417. 418. 472. 473. 476. 495. 496. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 548.
Hallopeau, Todesfall und schwere Ophthalmie nach Kochschen Einspritzungen 475.
— 42. 200. 224. 226. 273. 274. 275. 276. 407. 464.
— und Claisse, Keratodermia palmaris und plantaris 475.
Hansen 326.
—, S. 207.
Hardaway 146. 535.
Hardy 39. 129. 457. 523. E.-H. I. 356.
Harlingen 284.
Harmsen, Otto. Beitrag zur Diagnose und Prognose der Hirnsyphilis 365.
Hartmann 486.
Haslund 542. E.-H. I. 443.
Hause 545.
Haustaedt, Gustav, Die Hauptursachen der Harnbeschwerden alter Männer 504.
Hay 326. 473. 474.
Hayem 266. 267.
Hebra, F., 40. 80. 88. 127. 128. 129. 132. 146. 178. 320. 336. 371. 386. 407. 451. 452. 455. 502. E.-H. I. 323. 324. 328. 356. 357. 373. 441. 442.
—, Hans v., Das Ichthyol bei Hautkrankheiten 41.
Heidgen, Bernhard, Über Sublimatintoxikation 385.
Heisler, Ignatz., Zwei neuere Fälle von extragenitaler Syphilisinfektion 419.
Heitzmann 314. E.-H. I. 357.
Helferich 92. 98.
Helmer 51.
Hendrix, L., Über Epidermistransplantationen nach Thiersch 412.
Henoch 92. 97.
Henry E.-H. I. 354
Herrmann, Karl, Über einen Fall von Dermoidcyste in der rechten Mamma einer 66 jähr. Frau 200.
Heubner 154. 324.
Herxheimer 394. 481.
Hidalgo, L., 85.
Hillairet 130. E.-H. I. 351.
Hiller 513.
Hiorth, Eine kurze aber lehrreiche Reihe von primären Syphilisfällen 83.
Hochsinger, Carl, Zur Identitätsfrage der Pocken und Varicellen 80.
Hönn, Über hereditäre Syphilis 44.
Hoffmann, E.-H. I. 347.
—, L., Referate 84. 90. 92. 149. 150. 152. 153. 155. 158. 161. 166. 181. 184. 231. 237. 242. 245. 248. 286. 340. 402. 408. 418.
— 397.
Hofmann 86.
Hoorn, van, 259.
Horand 534.
Horwitz, O., Über den anscheinenden Antagonismus zwischen Syphilis und dem Streptococcus erysipelatis 468.
Hoyer, A., Über den Nachweis des Mucins in Geweben mittelst der Färbemethode 384.
Hüter 193. 303. 435.
Hunter 324.
*Hutchinson, J., Über die Disposition zum Erröten als eine Ursache krankhafter Veränderungen 218.
— Verkalktes Adenom der Haut 548.
— 67. 82. 152. 170. 178. 417. 523.
Hutin 209. 215.

Jacob 175.
Jacobsohn, Jacques, Über den Defekt und die rudimentäre Entwickelung der Scheide 504.
Jacquet, L., Über die Pathogenie der Hautveränderung bei einigen vasomotorischen Dermatosen 77.
— 236. 284. 336. 337. 364. 405. 546. 547.
—, und Brocq, Beiträge zur Geschichte der Neurodermitis vom Lichen circumscriptus der früheren Autoren oder Lichen simplex chronicus E. Vidals 497.
Jadassohn, Berichtigung I—IV 203.
— 1. 2. 3. 163. 203. 216. 263. 265.
Jakimowitsch, Taschkentgeschwür 72
Jansen, Josef, Beitrag zur Kenntnis der naevi 371.
Janson, Beitrag zur Lehre von den Tumoren der Harnblase 374.
Jarisch, Lupus vulgaris — Tod 36 Stunden nach Injektion von 2 Milligramm Kochscher Lymphe 436.
— 183. E.-H. I. 442.
Jeannel 210. 334.
— 506.
Jeanselme, Referate 43. 44. 46. 77 83. 85.
— 192.
Jeremias 390. 392.
Imrédy, Blutiger Schweifs bei einem hysterischen Manne 91.
Ingenhoven, Syphilis und Karzinom. 369.
Ingerslev, Zwei Fälle von Elephantiasis 88.
Joest, W., 206. 207. 208. 214.
Joseph, Max, 42.
Isaac 180. 183. 401.
Isnard, E.-H. I. 436.
Israel, Kochsche Behandlung der Tuberkulose 245.
Istomanoff, E.-H. I. 425. 426.
Jürgens 472.

Juhel-Renoy, Ed., und G. Lion, Histobiologische und ätiologische Untersuchungen über die Trichomykosis nodosa 193.
Juillerat 434.
Juler, E.-H. I. 329.
Iven, Über Syphilis maligna 472.

Kahlbaum 83.
Kalaschinkow, P. J., Zur Frage über die Rolle der Wärme bei der Behandlung der Syphilis 282.
Kalindero, N., und Babes. Ein Fall von Morbus Addisonii mit Erkrankung des centralen Nervensystems 196.
— Leprabehandlung mit Kochschen Injektionen 243.
Kaposi, Kochsches Heilverfahren bei Lupus 282.
— Über Pathogenese der Pigmentierungen und Entfärbungen der Haut 410.
— 71. 80. 128. 129. 157. 178. 179. 180. 184. 197. 198. 233. 235. 236. 241. 284. 368. 386. 413. 423. 451. 452. 497. 537. E.-H. I. 348. 373.
Karewsky, Über einen Favusfall 90.
Karg 121. 123.
Karpowitsch, E.-H. I. 381.
Kaufmann 492.
Keen, E.-H. I. 331. 414.
Kétli 91.
Kind, Über die Prostatahypertrophie und die neueren Versuche zu ihrer operativen Behandlung 374.
Klebs 11. 67. 435.
Klee, Über Pigmentmäler 371.
Klotz 71.
Knoch 328.
Koch, R., Fortsetzung der Mitteilungen über ein Heilmittel gegen Tuberkulose 113. 245.
— 74. 78. 92. 93. 94. 96. 97. 98. 100. 101. 102. 103. 104. 106. 108. 109. 110. 111. 153. 175. 177. 178. 179. 180. 182. 183. 199. 224. 225. 226. 240. 242. 254. 282. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 312. 313. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 361. 385. 386. 387. 388. 436. 473. 477. 505. 506. 507. 521. 522. 524. 542. 543. 544.
Köbner, Aphorismen zur Behandlung der Syphilis 155.
— 27. 179. 183. 184. 398.
Köhler 92. 183.
Kölliker 119. 122. 124. 138. 148. 495.
Köster, Beiträge zur Ichthyoltherapie 164.
— E.-H. I. 318.
Kopp 278. E.-H. I. 350.
Koslowsky 326. 327.
Kotelmann, L., Gesundheitspflege im Mittelalter 184.
Krafft-Ebing 430.
Kral 259. 263. 264. 265.
Krause, Lupus der Nase 507.
—, R., 123.
Krauss, E.-H. I. 424.
Kreis, Zum Standpunkt der heutigen Syphilistherapie 470.
Kroll, E.-H. I. 329.
Kromayer, Histologische Mitteilung über die Wirkungsweise des Tuberkulins 340.
— 92. 94. 238. 339. 352.
Kroug, Referate 73. 74. 233. 267. 282. 329. 366. 367. 474. E.-H. I. 448.
Küssner 42.
Kurz 41.
Kutner, Rob., Über die Behandlungsmethoden der Harnröhrenstrikturen 374.

Lacassagne 207. 208. 209. 210. 212.
Lachmann 524.
Lailler 38. 39. 319. 320. 322. 398. 457. 458. 519. 525. 526. 536. 537. E.-H. I. 332.
Lancereaux 165. 420.
Landoi 280.
Lang, Einschränkungen beim Gebrauche des Hg in der Syphilistherapie 85.
— ausgedehnte gummöse (?) Ulzerationen 472.
— Hauttransplantation 473.
— 360. 469. E.-H. I. 349. 350. 357.
Langenbeck 178.
Langenbuch, Heilung recidivierter multipler Sarkome der Hautdecken nach einem Erysipelas migrans 157.
Langhans 411.
Langlebert 160.
Languetin, Ein Hymnus auf die Syphilis 85.
Lartet 207.
Lascar 362.
Lasch, Otto, Wann wird die Lues konstitutionell? 419.
Laschke, Die in den Jahren 1885—90 in der Greifswalder chirurgischen Klinik vorgekommenen Fälle von Gangraena diabetica und Gangraena senilis 370.
Lassar, O., Behandlung der Tuberkulose nach Koch 340.
— Narbiger Lupus erythematosus 180.
— Lupus erythematodes disseminatus 180.
— 180. 193. 241. 375.
Lassime, Paul, Pemphigus foliaceus mit tödlichem Ausgang. Sektion 156.
Lauenstein 74.
Lavaux 494.
Lecour 210.
Lefort 475.

Lehzen, Referate 362. 365. 500.
Leistikow, Referate 38. 41. 78. 80. 144. 164. 187. 189. 194. 200. 201. 237. 238. 403.
Leloir, H., Über das Ekzem 156.
— Untersuchungen über die pathologische Histologie des Lupus erythematodes 197.
— Untersuchungen über die pathologische Anatomie und die Natur des Lupus erythematosus 199.
*— Vorlesungen über den Lupus 317. 450. 519.
— 190. 198. 318. 319. 343. 543. E.-H. I. 318. 319. 326. 329. 331. 332. 339.
—, und E. Vidal, Symptomatologie und pathologische Anatomie des Keloids 89.
Lenhartz, Behandlung des Morbus Addisonii nach Koch 245.
Leplyaschin 44.
Lesser, E., 129. 191. 236. 284. 418. E.-H. I. 438. 440. 441.
— und R. Beneke, Ein Fall von Lymphangioma tuberosum multiplex (Kaposi) 233.
Letzel 163.
Letzerich 152.
Levy, Carl, Beitrag z. hypodermatischen Anwendung unlöslicher Quecksilbersalze zur Behandlung der Syphilis 471.
Lewin, G., Psoriasis syphilitica 399.
— Über syphilitische Muskelentzündung 401.
— Ulcus an der Oberlippe 402.
— Verhalten des Lupus erythematodes zur Kochschen Injektion 177.
— Kochsche Injektion bei einzelnen fraglichen syphilitischen Krankheiten der Gelenke und Hoden 177.
— Über Lippen-, Zungen- und Kehlkopf-Syphilis 397.
— 180. 181. 241. 399. E.-H, I. 340. 445.
Lewinski 415.
Lewith, S., Über den elektrischen Leitungswiderstand der Haut bei Sklerodermа 423.
Lexer 471.
Leydig, V. 119.
Lezius, Aug., Ein Beitrag zur Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Quecksilbersalicylat 366.
Libbertz, Erklärung über Tuberkulin. 507.
Lichtheim, Behandlung der Tuberkulose nach Koch 340.
Liebermann 408.
Liebrecht 192. 216.
Liebreich, O., Über das Vorkommen des Lanolins im menschlichen Organismus 408.
— 292. 313. 363.
Lindemann 328.
Lion, G., und Ed. Juhel-Renoy, Histobiologische und ätiologische Untersuchungen über die Trichomykosis nodosa 193.
Liszt & Szöllösi, Drei Fälle von Erythema exsudativum mit hohem Fieber 496.
Litten, Über einen auf der Haut und den Schleimhäuten lokalisierten und unter dem Bilde einer hämorrhagisch-pustulösen Dermatose verlaufenden Fall von Rheumexanthem 151.
Littre 8.
Lockwood, G. R., Purpura haemorrhagica 152.
Löffler 60. 100. 296.
Loewenstein, Ein histologischer Beitrag zur Lehre von Fibroma molluscum 285.
Löwith 414.
Loewy, James, Beiträge zur Anatomie und Physiologie der Oberhaut 415.
Lorry 130.
Lose, Carl, Bakteriologische Untersuchungen über das Methylviolett 361.
Lombroso 205. 206. 208. 209. 210. 212.
Lonz, Zur Therapie der Urethritis anterior 474.
Luca, de, Beitrag zur Ätiologie des Zoster traumaticus 498.
Lücke 505.
Lücke, S. 485.
Lukaschewitsch, Rotz 73.
Lukasievic 388.
Lustgarten 394. 472. 477. 535.
Lyot 191.

Mack, G. A., Ulcus cruris 90.
Maes 92. 106. 107.
Maggi, Ein Ulcus molle am Vorderarm 283.
Magnus 504.
Malassez 11.
Malherbes 548.
Malpighi 122.
Manchot 394.
Manssuroff, Psorospermose der Haut, das Molluscum und die Pagetsche Erkrankung der Brustdrüsen 328.
— 326.
Marcacci, E.-H. I. 341.
Maréchal, Vaccinostyle 498.
Marfan, A. B., Ulcus durum in der Nasenscheidewand rechts 85.
— und Toupet, Beitrag zur Histologie des Gummasyphiliticum und der tertiären Störungen im allgemeinen 154.
Marianelli, A., Über die Behandlung der Tinea tondens mit Chrysarobin nach der Unnaschen Methode 500.
Martin, Edw., Über die durch abdominelle Anspannung bedingte Epididymitis 160.

Martin, Edw., 375.
Martineau 210.
Martinotti 394.
Mathieu 43. 322. 519. 526.
Matschke, Alfred, Pemphigus vulgaris malignus und Pemphigus gangraenosus 189.
Maurice 324.
Maylard, A. E., Behandlung des Ulcus cruris 90.
Meibom 281.
Mense, Bericht über die sanitären Zustände der Station Leopoldsville 286.
Merck 369.
Merkel 214. 409.
Mertsching 124. 132.
Mershejewsky, E.-H. I. 373. 379.
Mesnil, du, Beiträge zur Anatomie und Ätiologie einiger Hautkrankheiten 278.
Meyer, Jul., Über Psychosen infolge von Masturbation 504.
Meyer 507. E.-H. I. 326. 333. 432.
Meyersohn 125. 126. 136.
*Mibelli, Vittorio, Eine neue Färbungsmethode der Rhinosklerombacillen 293.
— Über einige Haarmifsbildungen 371.
— 394.
Michelson, P., Über einige seltenere Zungenkrankheiten 149.
— 107.
*Miethke, F. und F. Buzzi, Über die Dariersche Dermatose 9. 59.
Minajeff 74.
Minor 325.
Mircoli, Über das „hölzerne" Odem der Kinder 496.
Mireur 210.
Mitchell, E.-H. I. 331. 334. 414.
Miura, K., Über die Bedeutung des Bleinachweises auf der Haut Bleikranker 166.
Moeller, Die Prostitution vor der Wissenschaft und den Thatsachen 475.
Magnus, Zur Kenntnis der Rückenmarkssyphilis 468.
Molènes, Paul de, Über einen Fall von kongenitaler Alopecie 158.
Monat 374.
Montgomery, D. W., Vergröfserung der subkutanen Lymphdrüsen der Tertiärperiode der Syphilis 472.
Moorhouse E.-H. I. 331. 414.
Moras, E. R., Die Behandlung torpider Geschwüre mittelst Blechplättchen 503.
Morel-Lavallée 541.
Morris, Malcom 25. 28. 145. 167.
Morton E.-H. I. 325.
Moses, Hereditäres multiples Fibroma molle mit Elephantiasis mollis 157.
Mosetig-Moorhof, Behandlung inoperabler maligner Neubildungen mit Anilinfarbstoffen 369.
Mosetig-Moorhof, Weitere Mitteilungen über die sogenannte Tinktionstherapie bei malignen Neubildungen 547.
— 517.
Mosso, E.-H. I. 424. 425.
Moulin, 166.
Mraček, Der Jahresbericht der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis in der k. k. Krankenanstalt Rudolf-Stiftung für 1889, 360.
Müller, Über einen Fall von Ulcus rodens 370.
— Ichthyol. 412.
— 33. 414.
— C., Referate. 412. 413. 471. 502.
— H., Alopecia areata im Zusammenhang mit chron. Gonorrhoe 502.
— 90. 119.
Münch 326.
Münnich 259. 262. 265.

Natier, Mehrfache Durchlöcherungen der Nasenscheidewand; halbmondförmige Durchbohrung des Gaumensegels rechts; Verwachsung des rechten hintern Pfeilers des Gaumensegels mit der hintern Rachenwand 202.
Naunyn 365.
Neebe, C. H., 256.
Neelsen 506.
Neisser, A., Über die Mängel der zur Zeit üblichen Prostituiertenuntersuchung 165.
— 2. 8. 164. 191. 201. 203. 237. 338. 505.
Nencki 187.
Neu, Syphilis hereditaria tarda 366.
Neuburger, Max, Bericht über die in den Jahren 1888 u. 1889 in der dermat. Universitätsklinik und -Poliklinik zu Berlin unter Leitung von Prof. Schweninger behandelten Kranken 237.
Neudörfer 369.
Neuhaus, Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane, III. Behandlung der Gonorrhoe mit Antrophoren. IV. Über den weichen Schanker 200.
— 201.
Neumann 83. 129. 191. 380. 386. 429. 430. 468. 470. E.-H. I. 356.
Nicol, E.-H. I. 333.
Niehus, L., Beitrag zur Pathologie der Cavernitis chronica 373.
Nieden 504.
Ninnier 398.
Nikolsky 74.
Nockher, Ludger, Über Tuberkulose der Urethra 372.
Nothnagel 121. 228.
Novotny, L., Die Indikationen der äufseren Urethrotomie im Anschlufs an drei per primam geheilte Fälle 201.

Nowack 426. 429.
Noyes 284. 295.

Oberländer 8. 76. 202. 374.
Obladen, Die elephantiastischen Formen des Gesichtes 368.
Obolenski, Syphilitischer Diabetes insipidus 231.
Oedmannsson 1. 2.
*Ohmann-Dumesnil, A. H., Ein Fall von Striae et Maculae atrophicae nach Typhus abdominalis 510.
Oppenheim 365.
Oppolzer, E.-H. I. 414.
Orazio, A. 206.
Osler 42.
Ostry 473.

Paget 10. 11. 66. 67. 70. 328. 329. 485.
Pajenkamp, Über Hemiatrophia facialis progressiva 370.
Palm, Dermatitis herpetiformis 184.
Palmer, G. R., Über den Initialaffekt 472.
Parent-Duchatelet 209. 210. 213.
Paschkis 388.
Passant 210.
Peiper, Referate 283. 285. 366. 370. 374. 505.
Pellizari 500.
Perrin, Léon, Ein Fall von Übertragung der Syphilis durch Impfung 155.
— Über Hautausschlag beim Tripper 189.
Peter 155.
Peters, A., Über die Resorption von Jodkalium in Salbenform 237.
Petersen, O., Lepra und Leproserien 326.
— 327. 474.
Petrini, Hydrargyria 475.
Peyer, A., Die Spinalirritation und ihre Beziehungen zu den Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane 159.
— Der unvollständige Beischlaf und seine Folgen beim männlichen Geschlecht 407.
Pfeiffer, Emil, Über Erythema nodosum 281.
— L., Unsere heutige Kenntnis von den pathogenen Protozoën 360.
— 67. 286.
Pick, Über ein neues Heilmittel gegen Tuberkulose 418.
—, F. J., Zur elektiven Wirkung des Kochschen Heilmittels 248.
— 1. 263. 264. 265. 424.
Piedra 193.
Piffard, Melanosis 71.
— 38. 545.
Pileur, L. Le, Über eine wenig bekannte Ursache der Stomatitis mercurialis 476.
Pirogoff 324.
Pitha 485.
Philippi, Referate 47. 72. 82. 83. 88. 90. 91. 152. 160. 161. 173. 223. 468. 503. 514. 545. 546. E.-H. I. 343.
— 11.
Philippson 123. 125. 236. 284. 415. 438. 446. 487.
— Referate 236. 416.
Plachoff 326.
Planner, R. v., 132. 133.
Plattner, A., Wesen und Ursache der Alopecia areata 90.
Plenck 86.
Pollak, Alois, Über Aristol 149.
— S. 361.
Pollitzer 17.
*Polotebnoff, A. G., Psoriasis E.-H. I. 347.
— Infektiosität der Lepra 326.
— 327.
Poncet, A., Konfluierende Tumoren der behaarten Kopfhaut und einzelner Regionen der übrigen Hautoberfläche — Multiple Cylindrome — Alveoläre Epitheliome mit myxomatösen Einlagerungen 194.
— Lupus elephantiasicus 467.
— 195.
Pontoppidan, Referate 77. 83. 88.
— 16.
Poor, E.-H. I. 352. 355. 411. 431. 443.
Porras, Moraga, Pruritus hiemalis 504.
Porta 486. 487.
Pospeloff, Die gegenwärtige Anschauung über die Bedeutung der Coccidien auf die Dermatonosen 328.
— 203. 216. 284. 327. 473. 474.
Posta, Luigi 487.
Potton 210.
Pousson, Alfred, Über einen eigentümlichen Tumor des Corpus cavernosum 161.
— Harnröhrenverengerung: Cystitis; Urethrotomia interna; das Urinieren wird erst möglich nach Aufhören der Blasenentzündung und Reizung 162.
— Ein Fall von blutigen Samenergießungen bei einem jungen Menschen, der aus unbekannten Ursachen eine Striktur erworben hatte 162.
Pringle 513. 514.
*Proksch, J. K., Die Syphilis bei den alten Babyloniern und Assyriern 389.
Purdon, H. S., Einige alt-keltische Heilmittel 545.
— Bemerkung zum Ekzem der Bleicher 545.
— E.-H. I. 334. 430.

Quermonne, E.-H. I. 409.
Quincke 42. 120. 254. 256. 258. 259. 262. 263. 264. 265.

Quinquaud, Über Alopecia areata 46.
— Prophylaxe und Behandlung der Trichophytiasis 156.
— 224. 236. 277. 284.

Raciborsky, v., E.-H. I. 328.
Radovan, E.-H. I. 326.
Rake, Beaven, Beobachtungen und Versuche über die Ätiologie des Aussatzes 230.
Ranvier 165. 196. 304. 483. 485.
Rapin 42.
Raptschewsky. J. P., 72.
Rasch, Carl, Beiträge zur Kenntnis der syphilitischen Gelenkkrankheiten 420.
Ravogli 54.
Rayer 214. 319. E.-H. I. 407.
Raynard 165.
Raynaud, Lucien, Periostitis gonorrhoica 375.
— 221.
Reboul, J., Ein Fall von Mykosis fungoides oder Sarcomatosis cutanea 369.
Reischauer, Ernst, Beziehungen der Hysterie zum Genitalapparat 375.
Reliquet 494.
Renault, Alex., Ein Fall von Myelitis syphilitica lumbalis acuta 155.
— E.-H. I. 354.
Renaut 195. 522.
Rendu, E.-H. I. 318. 334. 415.
Renouard 191. 321.
Reuter, C., Über Lupus der Extremitäten 417.
Reverdin 412. 413. 491. 492.
Rezzonico 214.
Richard 238.
Riche 165.
Richet 420.
Richey E.-H. I. 328.
Ricordi 422. 474.
Riehl 43. 119. 120. 121. 124. 138. 352.
Rietema, F. A., Die Prostitutionsfrage 329. 376. 425.
Rink 207.
Roberts, Leslie, Referate 467. 548.
* Robinson, A. R., Xanthoma diabeticorum und seine Verwandtschaft mit gewöhnlichem Xanthom 25.
— 198. E.-H. I. 406.
Robinson, B., Lupus verrucosus am Handrücken 467.
Romberg, E.-H. I. 389. 391. 437.
*Róna, S., Die Behandlung der Urethritis posterior resp. totalis mittelst Irrigators, ohne Katheter 492.
— Vermag der Compressor urethrae das Weiterschreiten der akuten Gonorrhoe zu verhindern? 162.
Róna, Extragenitale Syphilisinfektion mit Rücksicht auf die heimischen (ungarischen) Verhältnisse 459.
— Referate 80. 89. 90. 91. 159. 420.
— 419.
Rosenthal, Erfahrungen mit dem Kochschen Mittel 179.
— Weitere Berichte über die Behandlung mit dem Kochschen Mittel 182.
— Lupus 182. — Karzinom 182.
— Lupus erythematodes 183.
— 180. 184. E.-H. I. 445.
Rothenaicher, Über Lymphphangiom. 369.
Rotter 492. 495.
Rouvier, Jules, Die Hautausschläge bei Denque und Influenza 545.
Rüder 197.
Rydigier L., Mitteilungen über das Kochsche Heilverfahren bei Tuberkulose 248.

Saalfeld, Über eine noch nicht beschriebene Hautkrankheit 181.
— Syphilisinfektion im dritten Lebensjahre 399.
— Über die Wirkung der kantharidinsauren Salze bei Lupus 418.
— 182. 397. 402.
Sachrendt, Ein Beitrag zu den Mifsbildungen der Vagina und des Hymens 505.
Saint-Germain, L. de, Syphilis hereditaria 155.
— Dermatitis scarlatiniformis 156.
— 546.
Samuel, E.-H. I. 340.
Santi 17.
Sarasohn, David, Über die Funktionen der Haut 408.
Sauvineau, Ch., Narbiger Verschlufs des Isthmus faucium infolge von Syphilis 468.
Scarenzio 422. E.-H. I. 327.
Schall 214.
Schede 92. 105.
Schenk 201. 280.
Scheper, E.-H. I. 431.
Scheube, E.-H. I. 407. 408.
Schierbeck, Syphilis auf Island 418.
*Schiff, E., Über das Kochsche Heilmittel gegen Tuberkulose 385.
— 536.
Schimmelbusch, C., Mikroskopische Befunde bei Tuberkulose der Haut und der sichtbaren Schleimhäute nach Anwendung des Kochschen Mittels 339.
— 352.
Schloss, Otto, Elephantiasis congenita 501.
Schmidt, Adolf, Beiträge zur Kenntnis der Lymphangiome 283.

Schmidt, Adolf, 284.
— H., Weitere Mitteilungen über Behandlung mit Kochschen Injektionen 242.
Schmiedeberg 471.
Schönborn 363.
Schönlein 254. 266.
Schöpwinkel, Paul, Über die moderne Behandlung der diffusen Phlegmone 368.
Scholl 361.
Schreyer, Zwei Fälle von Aktinomykose der Bauchdecken 283.
Schröder 131.
Schrötter, H. v. und F. Winkler, Über Reinkulturen der Gonokokken 201.
— Zur Eleidinfrage 280.
Schtschepotjeff, Lupusbehandlung nach Koch 473.
Schuchardt, Über Kallusgeschwülste der männlichen Harnröhre 161.
Schüller, E.-H. I. 424.
Schütte, Ein Fall von Spontangangrän bei Diabetes mellitus 370.
Schütz, Joseph, Über die protozoen- und koccidienartigen Mikroorganismen in Krebszellen 194.
— 6. 330. 504.
Schumacher, Wilh., Über Mykosis fungoides 368.
Schwartz 533.
Schwenninger 9. 12. 59. 71. 189. 492.
*— und Buzzi, Zweiter Brief aus Berlin 108.
*— und Buzzi, Dritter Brief aus Berlin 287.
Schwimmer, Ein Fall von Psorospermosis cutanea 88.
— Die Behandlung mit Kochscher Lymphe vom dermatologischen Standpunkte aus beurteilt 240.
— 83. 179. 513. E.-H. I. 318. 334. 340.
Seidy, Joseph 69.
Seifert, Referate 44. 285. 363. 367. 369. 370.
*Sehlen, v., Heilung eines Falles von Kankroid der Wange durch Pyoktanin 515.
— 255. 265. 500.
Semmola, Mariano, Vorlesungen über experimentelle Pharmakologie und klinische Therapie 228.
Settgast, Ein Fall von Erythema nodosum 283.
Sevestre 405.
Sheperd, Francis T., 510, 513.
Sherrington, Ch. S., und Ch. A. Ballance, Über die Entstehung des Narbengewebes, das Schicksal der Leukocyten und die Rolle der Bindegewebskörperchen 78.
Sherwell 546. E.-H. I. 355. 357.
Sikorsky 325.
Skolosubow, E.-H. I. 438.
Smirnoff, G., Über die vermeintliche Gefahr der subkutanen Kalomelinjektionen 422.
Spaeth, F., Zur Kasuistik der Coitusverletzungen 160.
Spencer 67.
Spietschka, Theod., Über einen Blutbefund bei Purpura haemorrhagica 414.
— 414.
Sprimon 326.
Ssirsky, E.-H. I. 406.
Stahl, B. F., und H. W. Stelwagon, Eine Epidemie von Tinea Trichophytina cruris 546.
Stanziale, Klinischer Bericht über 410 dermo - syphilidologische Krankheitsfälle 385.
Stein, Heinrich, Ein Beitrag zur Kenntnis der Ausscheidungsdauer des Quecksilbers 384.
Steinschneider 6.
Stelwagon, H. W., und B. F. Stahl, Eine Epidemie von Tinea Trichophytina cruris 546.
Stepanow, Extragenitale Syphilisinfektion 72.
Stilling 361.
Stöhr 203.
Strack 545.
Stricker 78.
Stroganoff 197.
Strübing 42.
Strümpell 325.
Stumpf 279.
Sudakewitsch 309.
Swift, S. B., Die chirurgischen Behandlungen von Komplikationen der Lepra 82.
— 417.
Szadek, Über Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Quecksilbersalicylat 43.
— Die therapeutische Verwendbarkeit des Jodols in der syphilidologischen Praxis 43.
— Behandlung der Syphilis durch Injektionen von Quecksilbersalicylat 83.
— Zur Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Hg thymolo-aceticum 86.
— Über vier Fälle von syphilitischem Schanker der Tonsillen 365.
Szöllösi und Liszt, Drei Fälle von Erythema exsudativum mit hohem Fieber 496.
Szukalski, Ein Beitrag zur Kasuistik der Atresia ani vaginalis 374.

*Taenzer, Paul, Über Lippenfrost 56.
— Referate 186. 190. 191. 193. 197. 201. 202. 417.
— 300. 394.

Taisan 43.
Tangl, Franz, Über das Verhalten der Tuberkelbacillen an der Eingangspforte der Infektion 189.
Tardieu 209. 215.
Tarnowsky, B., 205. 210. 282. 473. 474.
— W. M., Über Gehirnsyphilis, ihre Diagnose und ihr Verhältnis zu anderen Erkrankungen des Centralnervensystems 324.
— 325. 328. 329.
Tatow 206.
Tavernier 521.
Taylor, R. W., Zur Behandlung der Alopecia areata 91.
— Schanker der Finger 421.
— 71. 513. E.-H. I. 350. 433.
Tenneson 224. 276. 277.
Téreol 43.
Testut, E.-H. I. 318.
Theiss 93.
Thibault 10.
Thiersch 193. 412. 413. 418.
Thibierge, George, Die Veränderungen der Haut bei der Syringomyelitis 150.
— Bericht über die bisherigen Erfolge der Lupusbehandlung nach der Kochschen Methode 153.
— Das Kochsche Verfahren in der Dermatologie 507.
— 151. 157. E.-H. I. 406.
Thin 198.
Thiry 364.
Thoma 11. 414.
Tidenat, E.-H. I. 329.
Tilt E.-H. I. 328.
Tichborn 209.
Töply 216.
*Török, L., Über die Entstehung der Atheromcysten (Epidermoide Franke) nebst einigen Bemerkungen über Follikularcysten und Doppelkomedonen 437. 482.
— Referate 236. 248. 280. 281. 285. 361. 384. 385. 436.
— 11. 236. 284.
Toison 486.
Tommasoli, Referate 187. 283. 363. 366. 368. 385. 412. 496. 498. 505.
— 11. 66. 68. E.-H. I. 326.
Torre, A. del, 228.
Toupet und Marfan, Beitrag zur Histologie des Gumma syphiliticum und der tertiären Störungen im allgemeinen 154.
Tournier 216.
Touton 2. 3. 6. 35. 37. 511.
Trendelenburg 372.
Triesch E.-H. I. 318.
Troissier 43. 511.
Trousseau, A., Über eine heimtückische, schwere Form der gonorrhoischen Ophthalmie 164.
Türkheim, Referate 41. 44. 45. 79. 85 87. 89. 150. 151. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 162. 164. 165. 189. 193. 196. 199. 200. 202. 228. 238. 317. 337. 364. 365. 366. 369. 371. 375. 436. 466. 467. 468. 475. 476. 498. 504. 507. 519. 545. 547.
Tuffier 162.
Tyndall 505.

Uffelmann 281.
*Unna, P. G., Über Ichthyolfirnisse 49.
*— Lupusbehandlung 74.
*— Bemerkungen zur vorhergehenden Notiz über Ulcus rodens 174.
*— Flora dermatologica VIII. 249.
*— Über Plasmazellen, insbesondere beim Lupus 296.
*— Über die Verwendung des Tuberkulins bei der Lupusbehandlung und einige neue Mittel gegen Lupus 341.
*— Eine neue Färbemethode für Lepra- und Tuberkelbazillen 477.
*— Notiz, betreffend die Taenzersche Orceinfärbung des elastischen Gewebes 394.
— Zur Kenntnis des Lanolins 363.
— Natur und Behandlung des Ekzems 367.
— 15. 38. 39. 40. 41. 58. 69. 119. 125. 126. 132. 145. 146. 157. 168. 171. 172. 173. 201. 230. 236. 238. 249. 254. 255. 256. 260. 265. 266. 280. 296. 362. 404. 405. 406. 436. 437. 438. 477. 482. 490. 500. 516. 518. 537. E.-H. I. 336.
Unterberger, E.-H. I. 440.
Ultzmann 493.
Unverricht, Dermatomyositis acuta 285.

Vaillard 398.
Variot 215.
Veiel 43. 238. 536. E.-H. I. 429.
Verneuil 538.
Verujski 263. 265.
Veslin, L., Statistik der extra-genitalen Schanker, welche vom 1. Febr. 1888 bis 1. Febr. 1889 auf der Klinik für Syphilis- und Hautkranke (Fournier-Paris) vorkamen 85.
Vidal, E., 146. 147. 148. 278. 224. 227. 268. 269. 271. 272. 320. 321. 336. 337. 343. 348. 452. 453. 457. 464. 466. 497. 533. 534. 541.
— und H. Leloir, Symptomatologie und pathologische Anatomie des Keloids 89.
Vincent 398.
Vincentiis, de 36. 37.
Viotti, V. Bartolomeo, Über Lepra 80.

Virchow 69. 214. 306. 324. 420. 421.
Vobis, Ewald, Über Lupus erythematosus 502.
Volkmann 191. 328. 413. 533. 535.
Vollert, J., Über Behandlung der Syphilis mit Succinimid-Quecksilber 83.
Vulpian. E.-H. I. 334. 339.

Wahl 326.
Waldeyer 119. 303. 304.
Walleraud, H., Beitrag zur Ätiologie und Pathogenie der schwarzen Haarzunge 165.
Walther 486.
Watson, F. S., Neue Mittel zur Entfernung von Blasentumoren bei der Sectio alta 47.
Weber 485.
Wedel, Über die Lokalisation der subkutanen Lipome und Atherome 370.
Weidner, Referate 154. 157. 196. 286. 544.
Weigert 96. 117. 296. 307. 316. 360. 506.
Weil 486.
Weissblum, Zur Aristolfrage 413.
Wenderoth 501.
Wernher 484. 486.
Wertheim, E.-H. I. 355.
Westphal 472. E.-H. I. 430.
Weyl, E.-H. I. 353.
White, J. C., 10. 11. 12. 14. 15. 16. 17. 69.
White, J. W., Ein Fall von Sectio vesicae alta und Prostatektomie 47.
Wicherkiewicz 504.
*Wickham, Louis, Behandlung der Hauttuberkulose, besonders des Lupus, mit Kochschen Einspritzungen 224.
*— Brief aus Paris (Lichen simplex chronicus) 336.
— 11. 66. 268. 270. 272. 274. 276. 329. 464. 497.
Wildermuth, E.-H. I. 431.
Wilke, Ein Fall von Sarkom der Nase 285.
Wilks 511.
Willan 322. 367. 523.
— E.-H. I. 347. 351. 352. 353. 354. 355. 357. 435.
Wilson, Erasmus. 87. 131. 193. 367. 512. 513. E.-H. I. 323. 348. 350.
Windheuser, Engelbert, Über Initialsklerose am Kinn 365.
Winfield, J. M., Die Behandlung der Akne bei beiderlei Geschlechtern durch Beseitigung von Reizzuständen der Genitalorgane — eine Verallgemeinerung der Sherwellschen Methode 546.
Winkler, F., und H. v. Schrötter, Über Reinkulturen der Gonokokken 201.
— Zur Eleïdinfrage 280.
Winternitz, Jahresbericht des poliklinischen Instituts der k. k. deutschen Universität zu Prag für 1889. 476.
Witzel, E.-H. I. 325. 318. 340.
Wobly 327.
Wolff, E.-H. I. 350.
Wolkowitsch 293.
Wulf 197.
Wuttke 206. 207.
Wutzdorff, E.-H. I. 348. 354.

Ymer 207. 216.

Zabludowski 281.
Zambon, E.-H. I. 443.
Zehnpfund, R., 390. 392. 393.
Zeiss 414. 486.
Zeppenfeld, Beitrag zur Frage des Lichen syphiliticus beruhend auf einer Mischinfektion von Syphilis und Tuberkulose 367.
Ziehl 506.
Ziemssen 492. 495.
Zülzer 474.

Bakteriologische Diagnostik. Hilfstabellen zum Gebrauche beim praktischen Arbeiten. Von Dr. med. et. phil. **James Eisenberg** (Wien). Dritte, völlig umgearbeitete und sehr vermehrte Auflage. Mit einem Anhang: Bakteriologische Technik. 1891. *M.* 12.—.

Die Peptone in ihrer wissenschaftlichen und praktischen Bedeutung. Studien zur Lehre von der Verdauung der Eiweifskörper und des Leimes. Von Dr. med. **V. Gerlach** (Wiesbaden). 1891. *M.* 1.50.

Symptomatologie und Histologie der Hautkrankheiten. Von **H. Leloir** (Lille) und **E. Vidal** (Paris). In deutscher Bearbeitung von Dr. **Eduard Schiff** (Wien). Erscheint in 9 Lieferungen mit je 6 Chromotafeln und Tafelerklärungen. Preis einer Lieferung während des Erscheinens *M.* 8.—. [Lieferung 2 und 3 erscheinen im Herbst 1891.]

Prostitution und Abolitionismus. Von Prof. Dr. **B. Tarnowsky** (St. Petersburg). 1890. *M.* 5.—.

Index Bibliographicus Dermatologiae. Bearbeitet von Dr. **Karl Szadek** (Kiew). Erster Jahrgang: Die Litteratur des Jahres 1888. *M.* 1.50. [Der 2. Jahrgang erscheint im Herbst 1891.]

Index Bibliographicus Syphilidologiae. Bearbeitet von Dr. **Karl Szadek** (Kiew). Jahrgang 1—3, enthalt. die Litteratur der Jahre 1886—1888. Je *M.* 1.50. [Jahrgang 4 erscheint im Herbst 1891.]

Klinik der Herzkrankheiten. Von **Germain Sée**, Professor der klinischen Medizin in Paris. Autorisierte deutsche Ausgabe von Dr. **Max Salomon** in Berlin. Band I. Mit 24 Figuren im Text. 1890. *M.* 12.—.

Das Hungern. Studien und Experimente am Menschen. Von **Luigi Luciani**, o. ö. Professor der Physiologie in Florenz. Mit einem Vorwort von Professor **Jac. Moleschott** in Rom. Autoris. Übersetzung von Sanitätsrat Dr. **M. O. Fraenkel**. Mit 8 Abbildungen im Text und 2 Tafeln. 1890. *M.* 6.—.

Beiträge zur Augenheilkunde. Von Prof. Dr. **R. Deutschmann** (Hamburg). Heft I. Mit 10 Abbildungen im Text. 1890. *M.* 2.—.
Heft II. In Gemeinschaft mit Prof. Dr. **E. Fuchs** (Wien), Prof. Dr. **O. Haab** (Zürich) und Prof. Dr. **A. Vossius** (Gieſsen) herausgegeben von Prof. Dr. **R. Deutschmann** (Hamburg). 1891. *M.* 3.—.

Gesundheitspflege im Mittelalter. Kulturgeschichtliche Studien nach Predigten des 13., 14. und 15. Jahrhunderts. Von Dr. med. et phil. **L. Kotelmann** in Hamburg. 1890. *M.* 6.—.

Wissenschaftliche Briefe von Gustav Theodor Fechner u. W. Preyer. Nebst einem Briefwechsel zwischen **K. von Vierordt** und **Fechner**, sowie neun Beilagen. Mit dem Bildnis Fechners in Photogravüre. Herausgegeben von **W. Preyer** (Berlin). 1890. *M.* 7.—.

Repetitorium der Chemie. Mit besonderer Berücksichtigung der für die Medizin wichtigen Verbindungen sowie des „Arzneibuches für das Deutsche Reich" namentlich zum Gebrauch für Mediziner und Pharmazeuten bearbeitet von Dr. **Carl Arnold**. Vierte, verbesserte und ergänzte Auflage. 1891. Geb. *M.* 6.—.

Moderne Chemie. Zwölf Vorträge, vor Ärzten gehalten. Von Dr. **Lassar-Cohn**, Privatdocent für Chemie an der Universität Königsberg. 1891. *M.* 3.50.

Arbeitsmethoden für organisch-chemische Laboratorien. Ein Handbuch für Chemiker, Mediziner und Pharmazeuten. Von Dr. **Lassar-Cohn**, Privatdocent an der Universität Königsberg. Mit 30 Figuren im Text. 1891. *M.* 5.—.

Die Hauptthatsachen der Chemie. Für das Bedürfnis des Mediziners, sowie als Leitfaden für den Unterricht zusammengestellt von **Erich Harnack**, Professor der Medizin an der Universität Halle a. S. Gebunden *M.* 2.—.

Elemente der forensisch-chemischen Analyse. Von Dr. **Joseph Klein**. Mit 9 Holzschnitten. Gebunden *M.* 2.—.

Verlag von **Leopold Voss in Hamburg**, Hohe Bleichen 18.

Internationaler Atlas

Seltener Hautkrankheiten.

International Atlas
of
Rare Skin Diseases.

International Atlas
des
Maladies rares de la Peau.

Herausgegeben von

P. G. UNNA HAMBURG. **MALCOLM MORRIS** LONDON. **H. LELOIR** LILLE.

L. A. DUHRING PHILADELPHIA.

Erscheint in Heften von mindestens 3 Tafeln mit Text in 3 Sprachen (deutsch, englisch, französisch). Imp. Folio.

Wird nur im Subskriptionswege — **vorläufig 2 Hefte jährlich für M. 20,—** — abgegeben. Bestellungen nehmen die meisten Buchhandlungen sowie die Verlagsbuchhandlung entgegen.

Erschienen sind Heft 1 bis 4; Heft 5 erscheint im Herbst 1891.

Inhalt von Heft 5: T. Colcott Fox, Erythema gyratum perstans. — H. von Hebra, Hyperkeratosis striata et follicularis. — Mansouroff, Dermatomycosis circumscripta der Hand.

Internationales Centralblatt

für die

Physiologie und Pathologie

der

Harn- und Sexual-Organe.

In Gemeinschaft mit

O. ANGERER (München), **L. CALDERON** (Madrid), **E. VON BERGMANN** (Berlin), **C. BOZZOLO** (Turin), **J. DRESCHFELD** (Manchester), **A. EBERMANN** (St. Petersburg), **E. HURRY FENWICK** (London), **J. GRÜNFELD** (Wien), **F. GUYON** (Paris), **R. VON KRAFFT-EBING** (Wien), **R. LEPINE** (Lyon), **W. F. LOEBISCH** (Innsbruck), **FESSENDEN N. OTIS** (New York), **W. PREYER** (Berlin), **S. ROSENSTEIN** (Leiden), **B. TARNOWSKY** (St. Petersburg)

herausgegeben von

W. Zuelzer
Berlin.

Preis des Bandes von 8 Heften M. 20.—.

Postzeitungsliste 1891 No. 3067.

Probenummer unentgeltlich und postfrei.

Ergänzungshefte zu Monatshefte für praktische Dermatologie.

1885. **Lepra-Studien.** Von Prof. Dr. ***E. Baelz*** (Tokio [Japan]), Prof. Dr. ***E. Burow*** (Königsberg i. Pr.), Dr. ***P. G. Unna*** (Hamburg), Dr. ***A. Wolff*** (Strafsburg i. Elsafs). gr. 8. Mit 9 Abbildungen in photograph. Lichtdruck. (*M.* 6.—) *M.* 3.—.

Inhalt: Lepraerinnerungen aus Norwegen, von Dr. *A. Wolff*. Mit 6 Abbildungen. — Über Lepra taurica, von Prof. Dr. *E. Burow*. Mit 1 Abbildung. — Beiträge zur Lehre von der Lepra, von Prof. Dr. *E. Baelz*. — Heilung eines Falles von Lepra tuberosa, von Dr. *P. G. Unna*. Mit 2 Abbildungen. — Zur Färbung der Lepra-Bacillen, von Dr. *P. G. Unna*. — Zur Histologie der leprösen Haut, von Dr. *P. G. Unna*.

1886.

Erg.-Heft 1. ***Die Lepra-Bacillen** in ihrem Verhältnis zum Hautgewebe. Von Dr. ***P. G. Unna.*** — **Zur Morphologie des Mikroorganismus der Lepra.** Von Dr. ***Adolf Lutz.*** Mit einer chromolithographischen Tafel und einer Abbildung in Holzschnitt. (*M.* 5.—) *M.* 3.—.

Erg.-Heft 2. ***Ichthyol und Resorcin** als Repräsentanten der Gruppe reduzierender Heilmittel. Von Dr. ***P. G. Unna.*** (*M.* 1.60.) Gratisbeigabe zu Monatshefte für praktische Dermatologie. 1886. Heft 5.

1887.

Erg.-Heft 1. ***Beiträge zur Anatomie und Pathogenese der Urticaria simplex und pigmentosa. — Zur Kenntnis des elastischen Gewebes der Haut.** Von Dr. ***P. G. Unna.*** Mit 3 chromolithographischen Tafeln. (*M.* 5.—). ***Die Rosaniline und Pararosaniline.** Eine bakteriologische Farbenstudie von Dr. ***P. G. Unna.*** 1887. (*M.* 2.—.) Preis des Ergänzungsheft I 1887 *M.* 4.—.

Erg.-Heft 2. ***Zur Lehre von den Erythemen.** Von Prof. Dr. ***Polotebnoff,*** Vorstand der Dermatologischen Klinik der Militär-Medizinischen Akademie zu St. Petersburg. Mit 7 Holzschnitten. (*M.* 6.—) *M.* 3.—.

Erg.-Heft 3. ***Über ein kombiniertes Universalverfahren, Spaltpilze im tierischen Gewebe nachzuweisen. — Zur pathologischen Anatomie der Lepra. — Beitrag zu den Pilzbefunden bei Mykosis Fungoides.** Von Dr. ***Hermann Kühne*** (Wiesbaden). Mit 2 lithograph. Tafeln. (*M.* 3.—) *M.* 1.60.

1888.

Erg.-Heft 1. ***Über die schwarze Haarzunge.** Von Dr. ***Fr. Brosin,*** Assistenzarzt an der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Berlin. Mit 2 lithographischen Tafeln. (*M.* 2.40) *M.* 1.20.

Erg.-Heft 2. **Die Grundlinien der heutigen Syphilistherapie.** Von Dr. ***Ernst Schwimmer,*** Professor in Budapest. gr. 8. (*M.* 2.40) *M.* 1.80.

1889.

Erg.-Heft 1. ***Über Seifen.** Mit besonderer Berücksichtigung und Angabe von neuen medizinischen Seifen. Von Dr. ***P. J. Eichhoff,*** Oberarzt der Abteilung für Hautkrankheiten in den städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld. (*M.* 1.60) *M.* 1.20.

Erg.-Heft 2. ***Zwei vergessene Arbeiten aus der klassischen Periode der Hautanatomie.** Neu herausg. von Dr. ***P. G. Unna.*** (*M.* 2.—) *M.* 1.50.

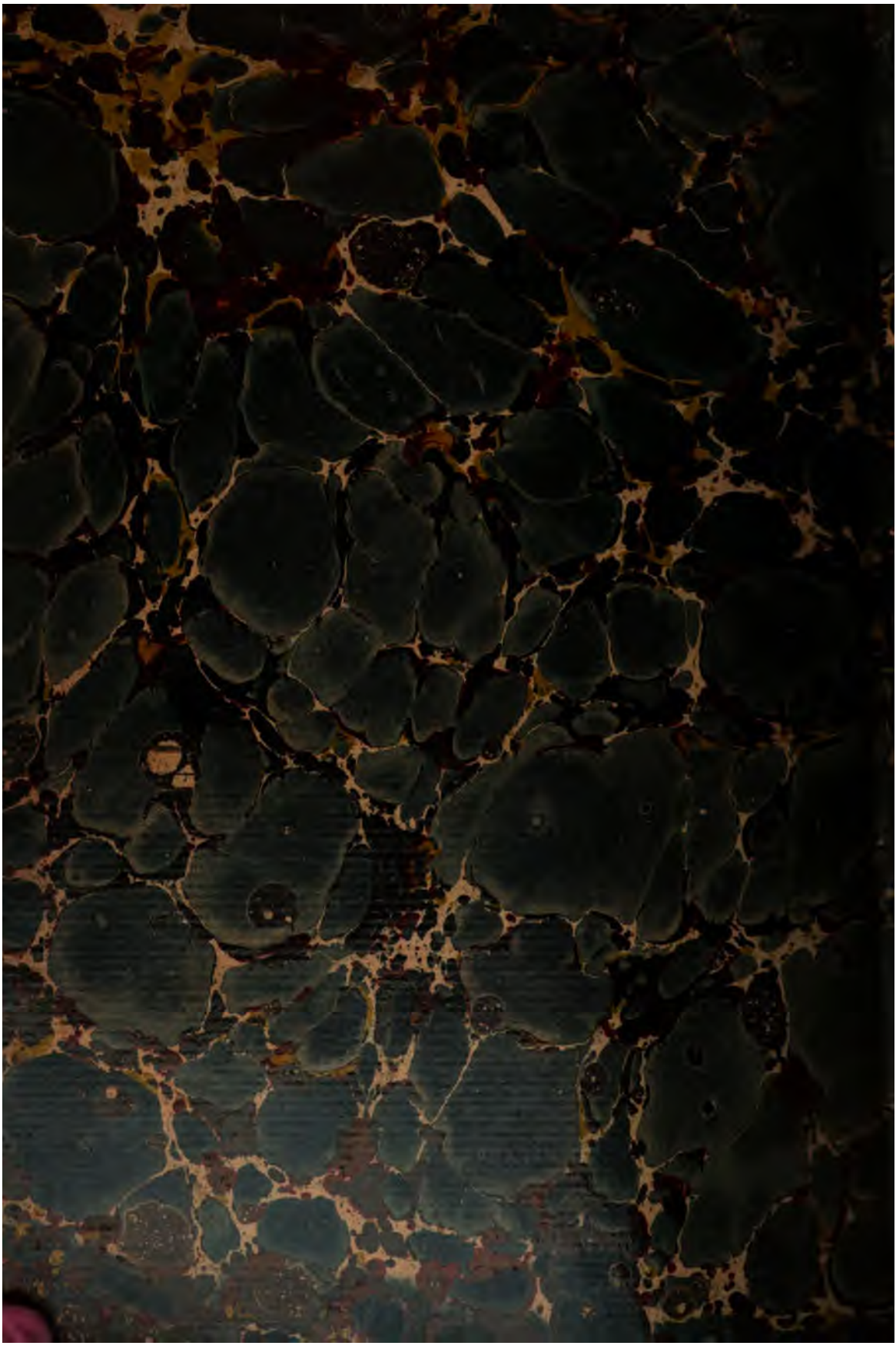
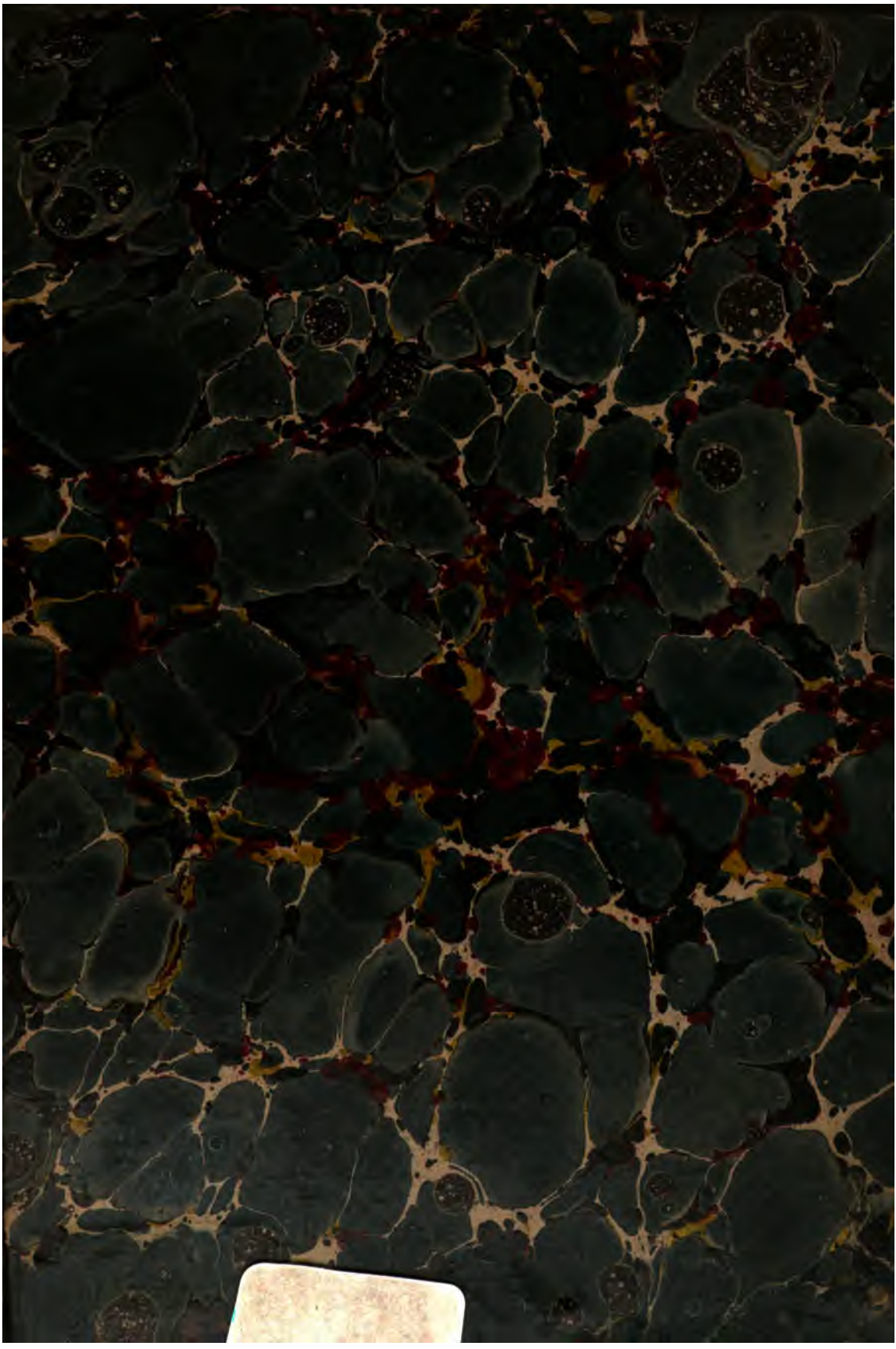
Inhalt: Einleitung von Dr. *P. G. Unna*. — Mikroskopisch-anatomische Untersuchungen zum Studium der Epidermis und Cutis der Palma manus, von Dr. *E. Ochl*. — Zur Funktion der Knäueldrüsen, von Dr. *G. Meifsner*.

Erg.-Heft 3. ***Neue Studien über Syphilide.** Von Dr. ***P. Tommasoli*** und Dr. ***P. G. Unna.*** (*M.* 2.—) *M.* 1.50.

Inhalt: Über tertiäre Syphilide. Histologische und klinische Untersuchungen, von Dr. *P. Tommasoli*. — Neurosyphilide und Neurolepride, von Dr. *P. G. Unna*.

1890. ***Beobachtungen und Ideen über Hypertrichose.** Von Dr. ***Geyl.*** Mit 2 Tafeln. (*M.* 2.—) *M.* 1.50.

1891. ***Über die Beziehungen des Ekzems zu Störungen des Nervensystems.** Von ***L. Duncan Bulkley,*** A. M. M. D. — **Psoriasis.** Von Prof. Dr. ***A. G. Polotebnoff.*** Mit 8 Holzschnitten im Text. (*M.* 3.—) *M.* 2.20

*Die mit * bezeichneten Hefte erschienen auch unter dem Sammel-Titel:* ***Dermatologische Studien.*** *Die in Klammer beigesetzten Preise sind die Preise der Hefte für Nicht-Abonnenten der* Monatshefte für praktische Dermatologie.

41C 1608 ~~HB~~
~~34/+~~